

Année 1956

N°

434

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

HELIE Jean-Pierre

Né le 23 Janvier 1925, à Paris (16°)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE HISTOLOGIQUE DE LA MUQUEUSE GASTRI-
QUE CHEZ LES ETHYLIQUES PAR LA GASTRO-BIOPSIE (88 observations)

Président de Thèse : Professeur Ch. DEBRAY

Editions A.G.E.M.P.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : HELIE

Prénom : Jean-Pierre.

Date de soutenance :

N° d'ordre :

1

HELIE, Jean-Pierre
Contribution à l'étude histologique de la muqueuse gastrique chez les Ethyliques par la gastro-biopsie (88 observations).
PARIS Dact. In 4° 99p.
Thèse Méd. Paris 1956.
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956.

2

HELIE, Jean-Pierre
Contribution à l'étude histologique de la muqueuse gastrique chez les Ethyliques par la gastro-biopsie (88 observations).
PARIS Dact. In 4° 99p.
Thèse Méd. Paris 1956.
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956.

3

HELIE, Jean-Pierre
Contribution à l'étude histologique de la muqueuse gastrique chez les Ethyliques par la gastro-biopsie (88 observations).
PARIS Dact. In 4° 99p.
Thèse Méd. Paris 1956.
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956.

4

HELIE, Jean-Pierre
Contribution à l'étude histologique de la muqueuse gastrique chez les Ethyliques par la gastro-biopsie (88 observations).
PARIS Dact. In 4° 99p.
Thèse Méd. Paris 1956.
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552427_0022

Année 1956

N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

HELIE Jean-Pierre

Né le 23 Janvier 1925, à Paris (16°)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE HISTOLOGIQUE DE LA MUQUEUSE GASTRI-
QUE CHEZ LES ETHYLIQUES PAR LA GASTRO-BIOPSIE (88 observations)

Président de Thèse : Professeur Ch. DEBRAY

Editions A.G.E.M.P.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, GADENAT, CARNOT, CHAEROL, CHEVASSU, CHIRAY
CLERC, DELBET, COUGEROT, (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE,
LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON,
CLIVIER (E.), OMBREDANNE, SARNIE, SEZARY, TANCN.

DOYEN..... Léon BINET
(membre de l'Institut)

ASSÉSSEUR..... Jean VERNE

I -- PROFESSEURS

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique.....	DELAHUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports...	CHAULET-BERT (P.)
Biologie Médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Carcinologie.....	OBERLING (C.)
Chimie médicale.....	N....
(Hôtel-Dieu.....	EROCQ (P.)
Cliniques (Broussais.....	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Chirurgicales (Salpêtrière.....	MONDOR (H.)
(Cochin.....	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.....	MERLE D'AUBIGNE(R)
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT (E.)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie.....	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire.....	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose.....	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie.....	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture.....	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux.....	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J)
Clinique gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO (F)
(Hôtel-Dieu.....	BENARD (H)
Cliniques (Bichat.....	LAROCHE (G)
Médicales (Cochin.....	MOREAU (R)
(Broussais.....	DE GENNES (L)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....	JUSTIN-BESANCON (I)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L)
Clinique Médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition.....	BOULIN (L)

Clinique	(Tarnier.....)	LANTUEJOL
obstétricales	(Andolocque.....)	LEVY-SOLAL
	(Fort-Royal.....)	LACOMME (H)
Clinique ophtalmologique.....		VELTER (E)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....		AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel).....		RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile.....		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale.....		COSTE (P)
Clinique sténatologique.....		DECHAUME (H)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale.....		LEMAIRE (A)
Clinique urologique.....		FEY (B)
Embryologie.....		GIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		MOUQUIN (M)
Histologie.....		CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de première enfance.....		CATHALA (J)
Hygiène et Médecine préventive.....		JOANNON (C)
Médecine du travail.....		DESCILLE (H)
Médecine Légale.....		PIEDIEUVRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		GAILLIARD (H)
Pathologie chirurgicale.....		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (C)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE
Pathologie humorale et immunologique expérimentale (Chaire à titre personnel)		MERKLEN (F)
Pathologie médicale.....		BARIETY (K)
Pathologie et thérapeutique générales.....		GARCIN (J)
Pédiatrie sociale.....		MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale.....		HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (Chaire à titre personnel)		DOGNON (A)
Physiologie.....		BIJET (L)
Physique médicale.....		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESCREZ (H)
Technique chirurgicale.....		MOULONGUET
Thérapeutique.....		TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MATIÈRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS et AGRÉGÉS

Anatomie.....	(DEBEYRE J
	(DELMAS A P
Anatomie Pathologique.....	(N....
	(GAUTHIER-V
	(Mlle P. Pr.
	(BUSSET F
	(COUYGOU C
Bactériologie	(MASQUELLE
	(NEVOT A
Biologie Médicale.....	BOURLIERE
Chimie Médicale.....	(ETTORI J P
	(JAYLE M.F.
	(SCHAPIRA G
Dermato-Syphiligraphie.....	DUPERRAT F
Histologie.....	BULLIARD H
	(COILLARD R

Hydrologie.....	DEBRAY C
Hygiène.....	BOYER J
Médecine Légale et du Travail.....	(DEPARIS M
	(DEROBERT L
	(GAULTIER M
	(HADENGUE A
Neuro-Chirurgie.....	DAVID M
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique.....	GRASSET J
	(LEPAGE F
	(MAYER M
	(MERCIER R
	(MORIN P
	(RAVINA J
	(VARANCOT J
Ophtalmologie.....	OFFRET G
	(DESVIGNES P
Orthopédie.....	
Oto-Rhino-Laryngologie.....	HALPHEN E Pr.s.ch
	(AUBRY M
	(MADURO R
Parasitologie.....	BRUMPT L
	(CHABAUD A
Pathologie chirurgicale.....	ABOULKER F
	(BAUMANN J
	(GOSSET J
	(HUGUIER J
	(LAURENCE G
	(LEGER L
	(LORTAT-JACOB J
	(OLIVIER Cl
	(PADOVANI P
	(POILLEUX M
	(ROUX M
	(RUDLER (J.C.)
	(VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale.....	N...
Pathologie Médicale.....	BERNARD J
	(BOUDIN G
	(CASTAIGNE P
	(COMTE M
	(DECOURT J
	(DOMART A
	(DREYFUS Gilbert
	(FAUVERT R
	(HAMBURGER J
	(KOURILSKY R
	(LAMOTTE M
	(LAROCHÉ C
	(MILLIEZ P
	(PEQUIGNOT H
	(PERRAULT M
	(RAMBERT P
	(THIEFFRY St
	(TURIAF J
Pédiatrie	JOSEPH R
	(LAPLANE R
	(N.....

Pharmacologie.....	LEVY Mlle J. Pr
	(CHEYMOL J.H. H
Physiologie.....	BARGETON D. Pr.
	(PARROT J.L.
Physique Médicale.....	DJOURNO A. Pr.s
	(GOUCEROT L
Pneumo-phthisiologie.....	KREIS B
Psychiâtrie.....	BARUK H
Psychiâtrie infantile.....	MICHAUX L
Stomatologie.....	CERNEA
	(CHAPUT Mme A
Thérapeutique.....	PERRAULT (charg
	l'enseignement
Urologie.....	KUSS R

III - PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), CATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale),
LE LORIER V (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.

Clinique Chirurgicale.....	AMELINE A
	PATEL J
	SICARD A
Clinique Médicale.....	BROUET G
	CACHERA R
	HAGUENEAU M
	MARCHAL G
	SOULIE E
Clinique Obstétricale.....	ECALLE G
Clinique Ophtalmologique.....	RENARD G
Clinique Urologique.....	COUVELAIRE R

Secrétaire Général de la Faculté.....	MOREL J
Secrétaire	Mlle CHAINTR

Conservateur, chargé de la direction.....	Docteur HAHN
Conservateur.....	Mlle GOICHON
Bibliothécaires.....	Mlles DUMAIT
	LE NOIR G, LE
	QUIEVREUX E.

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MA GRAND'MERE

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A CEUX DONT LA MEMOIRE M'EST CHERE .

A MES AMIS

A MON MAITRE

Le Professeur Charles DEBRAY

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Il m'a inspiré le sujet de cette thèse ;
à maintes reprises, au cours de sa rédaction,
il m'a prodigué ses conseils ; il
m'a fait le grand honneur d'en accepter
la Présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage
de ma profonde reconnaissance et la
respectueuse affection de son élève.

Au Docteur R. LAUMONIER

Professeur d'Anatomie - Pathologique
à l'Ecole de Médecine de Rouen.

Le meilleur de cette thèse lui revient :
toutes les préparations histologiques furent
examinées par lui ; toute la partie anatomo-
pathologique fut entièrement rédigée sous sa
direction ; toute l'iconographie est de son
choix.

Témoignage de ma vive gratitude.

Au Docteur P. HOUSSET

Attaché de Consultation.

Il m'a aidé inlassablement à réunir les observations de cette thèse ; il a largement contribué à l'organisation de mon travail ; il est l'auteur des gastroscopies et des gastro-biopsies.

Qu'il veuille bien accepter mes très sincères remerciements.

Au Docteur J.P. HARDOUIN

Assistant des Hôpitaux

Il a bien voulu s'intéresser à mon travail ;
ses critiques m'ont été précieuses.

En témoignage de ma vive gratitude.

Au Docteur J. LEPRAT

Ancien Interne des Hôpitaux

Chef de Clinique à la Faculté.

Au Docteur L. VIDAL

Ancien Interne des Hôpitaux

Chef de Clinique à la Faculté.

En remerciement de l'enseignement que j'ai
reçu d'eux et de la sympathie qu'ils m'ont
toujours témoignée.

Au Docteur P. HUDE

Je n'oublie pas tout ce dont mon enfance
lui est redevable. C'est bien grâce à lui
aussi que j'ai pu faire ce travail ; je veux
le lui dire et l'assurer de ma respectueuse
et affectueuse reconnaissance.

A mon ami J.C. ROUGERIE

Externe des Hôpitaux.

La plupart des biopsies-muqueuses gastriques
furent son oeuvre.

En témoignage de notre amitié.

A Mademoiselle VARAILLAS

Qui a assuré la préparation des coupes.

Nous tenons à lui en rendre hommages.

C O N T R I B U T I O N A L ' E T U D E
H I S T O L O G I Q U E D E L A M U Q U E U S E
G A S T R I Q U E C H E Z L E S E T H Y L I Q U E S
P A R L A G A S T R O - B I O P S I E

(88 O b s e r v a t i o n s)

- I N T R O D U C T I O N -

Pendant longtemps on ne s'est préoccupé que de décrire les caractères de l'inflammation gastrique sans essayer d'en rechercher les causes. Ces descriptions sont anciennes puisque les premières, véritablement valables, semblent remonter à HOFFMANN, au XVII^e siècle. Mais, c'est surtout avec les remarquables travaux de BROUSSAIS, au XIX^e siècle, que la gastrite occupe une place de tout premier plan. Son extension prit alors des proportions démesurées : elle devenait la source de tous les maux. Bientôt cependant, des détracteurs se présentèrent : BARRAS et CHOMEL formulèrent de violentes critiques; CARSWELL fit remarquer que les observations anatomiques de BROUSSAIS étaient sans grande valeur, car elles étaient faites sur le cadavre.

Devant ces objections aux théories de BROUSSAIS, devant aussi la description de la grande maladie qu'était l'ulcère de l'estomac, la vogue de la gastrite diminua. Aussi bien dans le domaine de la clinique que dans celui du chimisme gastrique ou plus tard, de la radiologie, on ne s'occupa plus que des lésions ulcéreuses ou cancéreuses de l'estomac.

Il fallut attendre l'avènement des techniques chirurgicales de PEAN et de DOYEN, de FINSTERER et de KONJETZNY fournissant aux histologistes des pièces opératoires qui consti-

tuaient des moyens d'étude remarquables, il fallut attendre l'avènement tout récent de l'endoscopie, à laquelle s'attachent les noms de pionniers et d'apôtres tels que SCHINDLER et MOUTIER, pour que la gastrite reprenne vie.

o

o o

Aussi bien actuellement, le problème n'est plus de savoir si la gastrite est fréquente - nous en sommes certains - Il n'est pas davantage de décrire les aspects macroscopiques ou microscopiques de la gastrite qui sont bien connus depuis les travaux de RAMOND, KONJETZNY, MOUTIER, SCHINDLER.

Le problème est maintenant de savoir quelles sont les causes des gastrites.

Parmi ces étiologies, encore très incertaines, mais sans doute très nombreuses, le toxique exogène constitué par l'alcool tient à coup sûr une place de choix. Cette notion n'est d'ailleurs pas nouvelle puisque déjà les écrits d'HIPPOCRATE nous font part de troubles dyspeptiques provoqués par l'abus du vin.

Il est donc apparu intéressant à notre Maître, le Professeur Ch. DEBRAY, qui nous a si largement guidés dans le choix et l'élaboration de cette thèse, de nous faire consacrer ce travail aux gastrites éthyliques.

Il y a déjà eu sur ce sujet de nombreux travaux ; les uns ont porté sur les intoxications aiguës, les autres, plus nombreux sur les intoxications chroniques. Nous citerons ici, parmi bien d'autres auteurs, les noms de SCHINDLER, HENNING, VIDAL-COLOMER, BENEDICT, MOUTIER, CORNET. En raison de leur intérêt doctrinal, nous rappellerons plus longuement les beaux travaux de VILLARET, JUSTIN BESANCON et KLOTZ sur une forme spéciale de la gastrite

alcoolique chronique : celle qui accompagne les polynévrites éthyliques. C'est en étudiant cette forme de gastrite que ces auteurs ont montré le retentissement à distance des altérations de la muqueuse gastrique ; ils ont mis ainsi l'accent sur l'importance des lésions gastriques chroniques dans la pathogénie des troubles hépatiques et nerveux de l'alcoolisme. Pour ces auteurs, ces lésions ont en effet des répercussions en chaîne à distance extrêmement facheuses. En voici le déroulement tel qu'ils l'ont établi : tout d'abord les altérations de la muqueuse gastrique, qui se traduisent presque toujours par une anorexie, déterminent un déséquilibre alimentaire et une carence d'apport (en particulier vitaminique). De même, les fonctions métaboliques de l'estomac concernant certaines substances (fer ; calcium) et surtout l'assimilation de certaines vitamines sont perturbées. Egalement perturbée est la formation de certains principes antipernicieux (CASTLE) et antinévritiques (STRAUSS et CASTLE). D'autre part, enfin, l'absence d'acidité gastrique enlève à l'estomac un pouvoir anti-microbien, ce qui détermine une pullulation de germes ; il en résulte, au niveau du grêle, des troubles inflammatoires qui sont source de perturbations de l'absorption intestinale, particulièrement pour les facteurs anti-stéatosiques du foie.

Tous ces troubles s'intriquent intimement, et s'associent très rapidement à des perturbations hépatiques et endocriniennes.

VILLARET, JUSTIN BESANCON et KLOTZ ont en effet insisté sur le parallélisme entre les lésions gastriques et le développement d'une hépatite graisseuse, rarement cirrhogène. Tout se passe en somme comme s'il existait vis-à-vis de l'intoxication alcoolique deux modes de réaction très différents et exceptionnels.

lement réunis. Tantôt les sujets réagissent à ce toxique par un syndrome cirrhogène hépato-splénique tardif et isolé, tantôt par un syndrome dégénératif gastro-hépatique, plus précoce, rapidement compliqué de polynévrite (VILLARET, JUSTIN BESANCON et KLOTZ).

o

o o

Pourtant, encore à l'heure actuelle, et malgré tous ces beaux travaux, le problème des gastrites éthyliques n'est pas pour autant résolu.

La symptomatologie n'a aucune homogénéité.

L'examen radiologique, malgré sa finesse, est sujet à caution. Comme l'ont montré P. DUVAL et F. MOUTIER, l'aspect radiologique ne permet pas d'affirmer en toute certitude la gastrite. Il y a bien certains aspects portant sur le corps de l'estomac ou sur l'antré qui sont assez caractéristiques. Dans un travail récent, F. THUAU, élève de Ch. DEBRAY, a repris le problème du diagnostic radiologique de la gastrite dans le cas particulier des antrites et est arrivé à des conclusions analogues. Il n'est pas douteux que certaines images radiologiques sont pseudo-gastriques et que d'autre part un estomac radiologiquement normal peut être en réalité gastritique.

Les critiques que l'on a faites sur le chimisme gastrique sont également valables. Toutefois, les beaux travaux de LAMBLING et de son école, ont montré qu'à condition de suivre une technique impeccable et d'en tirer une interprétation basée sur la physiopathologie, le tubage gastrique avait une valeur certaine.

Quant à l'étude anatomique des gastrites éthyliques, elle n'est pas non plus à l'abri des reproches. En effet, ou bien elle concerne des sujets morts d'une intoxication très grave, c'est-à-dire ne pouvant correspondre au stades de début de la gastrite

éthylrique, ou bien elle s'adresse à des pièces opératoires d'ulcèreux ou de cancéreux alcooliques, et dans ces cas quelle est alors la part respective de l'ulcer, du cancer, et de l'alcool dans la genèse de la gastrite ? D'autre part, les pièces anatomiques d'autopsie sont fort critiquables, car les altérations cadavériques, ou même agoniques, ne sont pas sans modifier profondément les tissus examinés. On peut même se demander, si, sur les pièces opératoires, matériel pourtant de choix, certains aspects observés ne sont pas consécutifs au traumatisme chirurgical (manipulations, ligatures de vaisseaux, anesthésie).

°

° °

Dans ces dernières années, il a été possible de reprendre l'étude des gastrites éthylriques sur deux ordres de données.

Les premières sont celles de la gastroscopie qui permet d'observer l'aspect macroscopique " in vivo ". Le perfectionnement actuel des gastroscopes (CHIRAY; MOUTIER; CH. DEBRAY; CORNET ; Ch. DEBRAY et HOUSSET) a permis des précisions plus grandes, quoique toujours macroscopiques, sur la muqueuse gastrique des éthylriques. Mais ces aspects macroscopiques n'ont pas une valeur absolue. En effet, comme l'ont montré divers auteurs, en particulier Ch. DEBRAY, R. LAUMONIER et P. HOUSSET, certains aspects anormaux de gastroscopie ne correspondent pas à des altérations microscopiques, et inversement, il est des gastrites histologiques sans modifications apparentes endoscopiques.

La deuxième technique, toute nouvelle, qui a permis de reprendre sur d'autres bases l'étude de la gastrite éthylrique, est celle de la biopsie-muqueuse gastrique. Imaginée par les auteurs australiens WOOD, DOIG et leurs collaborateurs, elle a

été introduite en France par Ch. DEBRAY et P. HOUSSET. Cette méthode permet de faire des prélèvements gastro-biopsiques sans grande difficulté, par conséquent à une phase quelconque de l'intoxication. Les fragments obtenus fournissent des préparations histologiques techniquement parfaites.

C'est essentiellement sur les données de cette biopsie-muqueuse gastrique que, sous la direction de notre Maître Charles DEBRAY, nous avons repris l'étude de la gastrite éthylique. Nous verrons toutefois les limites que nous avons dû assigner à cette méthode.



- C H A P I T R E I -

MATERIEL D'ETUDE

Avant d'aborder directement la question des résultats histologiques auxquels nous sommes parvenus en étudiant les observations de nos malades, il est nécessaire d'examiner dans le détail les bases sur lesquelles s'appuie notre travail.

C'est pourquoi nous allons essayer, dans ce premier chapitre, que nous intitulons "MATERIEL D'ETUDE", de faire une classification des différents éléments qui composent nos observations, ce qui nous amènera à parler successivement :

- du sexe de nos malades ;
- de leur profession ;
- de leur âge ;
- du degré de leur imprégnation éthylique, ainsi que des intoxications associées (tabagisme) ;
- enfin, des causes les ayant amenés à consulter, ce qui revient à étudier les principaux symptômes cliniques, radiologiques, biologiques et gastroscopiques qu'ils présentaient.

L'étude que nous avons faite porte sur 88 observations de malades que nous avons recueillis d'une part à la Consultation de Médecine de notre Maître, le Professeur Ch. DEBRAY, à l'hôpital Bichat, d'autre part, dans le service du Professeur SENEQUE, à l'Hôpital Vaugirard. Nous avons 76 Observations qui proviennent de Bichat et 12 de Vaugirard.

Il importe de préciser tout de suite que ces observations concernant bien des malades, et qu'il ne s'agit pas d'une étude systématique de l'estomac alcoolique. S'il eut été particulièrement intéressant de faire une telle étude de l'estomac purement alcoolique, on se rend compte rapidement des difficultés qu'elle aurait suscitées ; il eut été en effet bien difficile, dans un milieu hospitalier, de recruter des sujets qui fussent alcooliques d'une part, et indemnes de toute affection concomittante, d'autre part. C'est pourquoi notre travail porte sur une variété de cas assez grande : cirrhoses, hématomésés, méloéna, syndromes digestifs divers, polynévrites, et il faudra naturellement en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Nos 88 malades se répartissent de la façon suivante:

- 72 hommes, ce qui représente un pourcentage de
81,8 %.

- 16 femmes, ce qui représente un pourcentage de
18,1 %.

Ceci vient confirmer, une fois de plus, que la consommation d'alcool est nettement plus importante dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

Peut-être faut-il voir là ce que l'on a déjà signalé à ce sujet, à savoir, que le fait de boire de l'alcool, et surtout du vin, constitue un acte essentiellement viril.

Le genre de profession n'est pas non plus sans influence sur l'importance de la consommation d'alcool. On sait que cette consommation est plus forte dans le milieu ouvrier, où se rencontrent les travailleurs de force (manoeuvres, terrassiers, etc...) que dans le milieu employé, où les efforts physiques sont évidem-

ment bien moindres (employés d'administrations, commerçants, etc) Ceci s'explique en partie par cette croyance répandue dans le public et absolument fausse, qu'un sujet soumis à un travail pénible doit boire du vin en grande quantité, tant au cours des repas qu'en dehors d'eux. Une autre catégorie de la société enfin semble assez exposée aux dangers de l'alcoolisme, nous voulons parler des tenanciers de débits de boissons, garçons de café et autres sujets ayant une profession voisine.

Pour ce qui est de nos observations, voici les chiffres que nous avons trouvés ; ils portent non pas sur 88 malades mais sur 74, car pour 14 d'entre eux, nous n'avons pas retrouvé la notion de profession.

Ouvriers - Travailleurs manuels -	45, soit 60 %
Employés - Travailleurs non manuels....	20, soit 27 %
Barmans et assimilés-	4, soit 5,4 %
Sans profession, retraités, chômeurs...	5, soit 6,7 %

La notion d'âge

est également intéressante à étudier. Dans nos 88 observations, nous avons pu noter l'âge du malade 80 fois ; 8 fois il ne nous a pas été possible de le faire.

Sans tenir compte du sexe, nous avons trouvé les chiffres suivants :

- de 21 à 30 ans : 1 cas	soit 1,2 %
- de 31 à 40 ans : 15 cas	soit 18,7 %
- de 41 à 50 ans : 35 cas	soit 43,7 %
- de 51 à 60 ans : 24 cas	soit 30 %
- de 61 à 70 ans : 5 cas	soit 6,2 %

Ces chiffres montrent donc que le maximum des troubles dus à la consommation d'alcool se situe entre 41 et 50 ans, avec

toutefois un pourcentage important de 51 à 60 ans.

Si l'on compare les pourcentages obtenus dans chaque sexe, on trouve le résultat suivant :

HOMMES : 65 cas -

- de 21 à 30 ans : 1 cas,	soit 1,5 %
- de 31 à 40 ans : 11 cas,	soit 16,9 %
- de 41 à 50 ans : 32 cas,	soit 49,2 %
- de 51 à 60 ans : 18 cas,	soit 27,6 %
- de 61 à 70 ans : 3 cas,	soit 4,6 %

FEMMES : 15 cas -

- de 31 à 40 ans : 4 cas,	soit 26,6 %
- de 41 à 50 ans : 4 cas,	soit 26,6 %
- de 51 à 60 ans : 5 cas,	soit 33,3 %
- de 61 à 70 ans : 2 cas,	soit 13,3 %

Ainsi, chez l'homme, l'âge optimum se situe entre 41 et 50 ans, chez la femme, entre 51 et 60 ans.

Nous aborderons maintenant le sujet particulièrement délicat, concernant la notion d'éthylisme.

Les limites de l'éthylisme sont en effet bien floues ; où commencent-elles ?

Il est difficile de répondre à cette question étant donné l'extrême variabilité de la sensibilité à l'alcool d'un sujet à l'autre. Ainsi que le disent MOUTIER et CORNET dans leur remarquable ouvrage : "Les gastrites",

- "la susceptibilité individuelle est fort variable. BERRY, SCHINDLER, VIDAL-COLOMER, GRAYET, MOUTIER, ont montré les effets irréguliers de l'alcool d'un sujet à l'autre, avec des doses sensiblement comparables".

D'ailleurs, il s'agit là d'une notion qui n'est pas spéciale à l'alcoolisme ; nous savons tous que la susceptibilité individuelle vis-à-vis des toxiques quels qu'ils soient (alimentaires, médicamenteux, industriels) est extrêmement variable selon les sujets. Cette notion de sensibilité personnelle est capitale, et explique d'une part les atteintes graves chez les éthyliques modérés, et d'autre part l'absence complète de symptômes cliniques et biologiques chez des sujets pourtant très fortement imprégnés.

Pour nous qui avons réuni ces 88 observations, le problème s'est donc montré assez complexe car il fallait bien tenir compte de ces faits et formuler quelques réserves quant à l'authenticité des cas. Nous avons pu finalement "trier" 88 cas comprenant :

- 87 buveurs de vin, dont 13 boivent en plus des apéritifs ou autres boissons alcoolisées ;

- 1 buveur de punch (3 à 10 punches par jour).

Les 87 premiers malades se répartissent ainsi :

- 28 ont déclaré boire une quantité quotidienne de vin qui a pu être évaluée en litres.

Les chiffres sont ceux indiqués par le malade et peuvent donc être soumis à quelques réserves ; mais, en général, le malade ne reconnaît, en matière d'alcool, qu'un minimum de consommation. Voici ces chiffres dans le détail :

<u>Quantité de vin ingérée par jour, en litres</u>	<u>Nombre de malades</u>
1/2 (+ 2 apéritifs).....	1
3/4 à 1 litre 1/2	1
1 litre	4
plus d'un litre	2
1 litre 1/2	5
1 à 2 litres	1

1 litre 1/2 à 2 litres	1
2 litres	8
plus de 2 litres	1
2 litres 1/2	3
plusieurs litres.....	1

- 28 malades n'ont pas indiqué une quantité de vin ingérée par jour comptée en litres, mais se sont présentés comme des malades manifestement gros buveurs. Leurs observations stipulent : "Ethylique avéré " ou "Ethylisme ++ "

- 26 malades ont été reconnus comme éthyliques, mais leurs observations restent imprécises sur la quantité d'alcool absorbée par jour, elles ne stipulent que la mention : "Ethylisme ".

- 4 malades ont nié toute intoxication ; nous les avons pourtant retenus car ils présentaient, comme les précédents, tout un ensemble de symptômes qui ne laissaient aucun doute sur leur intempérance.

- 1 malade enfin, présente une observation avec la mention "Ethylisme modéré".

Quant aux 13 malades qui, en plus du vin, ont reconnu une consommation quotidienne d'apéritifs ou autres boissons alcoolisées, ils se répartissent de la façon suivante :

<u>Quantité d'apéritifs ou autres boissons alcoolisées absorbée par jour</u>	<u>Quantité de vin absorbée par jour</u>	<u>Nombre de malades</u>
2 apéritifs	1/2 litre	1
2 apéritifs	1,5 à 2 litres	1
2 à 4 apéritifs	1,5 litre	1
4 apéritifs	1 litre	1
5 à 6 pastis	indéterminée	1
plusieurs petits verres de rhum	3/4 à 1,5 litre	1
indéterminée	1 litre	2

indéterminée	plus d'un litre	1
indéterminée	1,5 litre	1
indéterminée	2 litres	1
indéterminée	plusieurs litres	1
indéterminée	indéterminée	1

Si, ainsi que nous venons de le voir dans le détail, nos 88 malades sont bien des buveurs d'alcool à des degrés divers, certains d'entre eux sont en outre soumis à l'action d'un autre toxique : le tabac. C'est encore là un fait dont il faudra tenir compte dans l'interprétation des résultats de notre étude, car on sait que le tabac n'est pas sans provoquer des phénomènes gastriques.

Dans nos observations, nous avons relevé 14 malades fumeurs à un degré plus ou moins important, et un malade qui chicoue 100 gr. de tabac par jour. L'association alcool-tabac représente donc un pourcentage de 17 %.

En réalité, cette proportion de 17 % est sûrement inexacte, car certainement trop faible. Nous devons tenir compte, en effet, du fait que l'interrogatoire de la plupart de nos malades ne portait pas systématiquement sur leur consommation en tabac ; aussi est-il fort probable que bon nombre d'entre eux, pourtant fumeurs, ont été "oubliés" dans notre statistique. La proportion de malades qui fument est en effet assez grande : il n'est pour s'en rendre compte que de traverser une salle d'hôpital en dehors du moment de la visite ; on remarquera sans effort le nombre appréciable de malades qui fument assis sur le bord de leur lit. Sans doute, ne s'agit-il quelquefois que de "petits fumeurs" mais ce sont bien là des fumeurs quand même.

D'ailleurs, comme pour la notion d'éthylisme, la notion

de tabagisme est difficile à définir. Ainsi que le disent MOUTIER et CORNET, l'attitude contradictoire des cliniciens à l'égard du tabac s'explique par le fait que certains, qui sont eux-mêmes fumeurs, font montre d'indulgence, alors que d'autres, non fumeurs, sont plus intransigeants.

Pour MOUTIER et CORNET, sont considérés comme grands fumeurs les sujets qui fument plus d'une vingtaine de cigarettes par jour. En ce qui concerne nos observations, nous n'en avons relevé que 3 atteignant ce chiffre. Mais il est évident qu'un nombre moins important de cigarettes fumées par jour pourra avoir une action également nocive si le fumeur est par surcroît un buveur : les effets nocifs du tabac et de l'alcool s'additionnant.

Tels sont les renseignements que nous avons pu recueillir concernant l'intoxication alcoolique de nos malades, ainsi que l'intoxication tabagique associée.

Au total, nous retiendrons des faits que nous venons d'envisager, que nos observations concernent des malades :

- hommes, pour la plupart (81,8 %)
- exerçant une profession où, le plus souvent, le travail physique se situe au premier plan (60 %)
- dont l'âge le plus fréquemment retrouvé est compris entre 41 et 50 ans (43,7 %)
- dont l'imprégnation éthylique, enfin, est des plus variables, mais dont l'intoxication peut être pleinement garantie soit du fait même d'aveux d'intempérance, soit du fait de la constatation chez eux d'un ensemble de symptômes ne laissant aucun doute sur l'étiologie de leurs troubles.

Il convient maintenant d'examiner les causes ayant néces-

sité les consultations de ces malades, et qui les ont amenés à subir une gastrobiopsie. Ceci revient à étudier les principaux symptômes cliniques, radiologiques, biologiques et gastrosépiques qu'ils présentaient.

Mais avant de passer en revue ces principaux symptômes nous devons faire remarquer que la fréquence avec laquelle ils se présentent et que nous indiquons, ne correspond pas exactement à la réalité des faits. En effet, la plupart de nos malades étaient déjà triés, ayant déjà subi très souvent un premier examen clinique et ayant déjà été explorés radiologiquement et biologiquement.

Ainsi, nos observations ne concernent, le plus souvent, que des sujets chez lesquels on n'avait antérieurement rien pu déceler de particulièrement anormal, et pour lesquels on demandait une gastroscopie, au cours de laquelle la gastro-biopsie fut pratiquée.

Ces faits expliquent que les statistiques qui vont suivre ne sont que des statistiques d'endoscopiste et diffèrent passablement de celles, plus globales, qu'on trouverait normalement.

Ceci étant bien entendu, nous allons montrer maintenant les résultats auxquels nous avons abouti .

1) Du point de vue clinique :

Parmi nos 88 malades, nous ne possédons pour 10 d'entre eux que des renseignements cliniques très succincts. Ces 10 malades se répartissent ainsi :

- Premier malade : gastrectomisé - gastrite éthylique - degré d'intoxication imprécisé ;
- Deuxième malade : gastrite éthylique - Ethylisme avéré ;

- Troisième malade : gastrite éthylo-tabagique - Ethylisme impré-

- cisé ;

- Quatrième malade : éthylisme avoué de 2 litres 1/2 de vin par

- jour ;

- Cinquième malade : insuffisance cardiaque - Ethylisme imprécisé

- Sixième malade : hospitalisée pour crise comitale - on découvre

- une arthrose vertébrale lombaire - la gastrobiopsie est prati-

- quée avant et après traitement par butazolidine - Notion cer-

- tain d'éthylisme quoique non avoué ;

- Septième malade : gastrite éthylique - syndrome dyspeptique -

- degré d'intoxication imprécisé ;

- Huitième malade : très vieil éthylique, éthylisme avéré ;

- Neuvième malade : gastrite éthylique, éthylisme avéré ;

- Dixième malade : syndrome endocrinien, type Basedow, notion
d'éthylisme chronique.

- Les observations concernant les 78 autres malades sont
beaucoup plus complètes. Nous y avons relevé les principaux symp-
tômes que l'on rencontre dans l'intoxication éthylique d'une part,
les associations morbides d'autre part, et nous sommes arrivés
aux résultats que voici :

A - Principaux Symptômes :

- Avant de commencer leur énumération, nous tenons à pré-
ciser tout de suite que nous n'avons pas retenu les classiques si-
gnes d'éthylisme tels que cauchemars, zoopsie, tremblements, etc...
qui ne sont pas des signes digestifs ; nous n'avons pas mentionné
non plus les pituites, de grosse valeur, mais si fréquentes qu'el-
les nous ont paru trop banales.

- Ainsi, nous n'envisagerons que les signes qui suivent :
1) Douleurs de siège épigastrique, avec ou sans irradiations,

irrégulières ou, en général, à périodicité peu tranchée, le plus souvent postprandiales précoces :

40 cas, soit 51,2 %

2) Anorexie :

17 cas, soit 21,7 %

3) Nausées ou vomissements :

21 cas, soit 26,9 %

4) Amaigrissement :

26 cas, soit 33,3 %

5) Asthénie :

12 cas, soit 15,3 %

6) Troubles dyspeptiques vagues :

12 cas, soit 15,3 %

7) Enfin, une proportion assez notable de malades n'accusait aucun trouble digestif, nous en avons relevé :

13 cas, soit 16,6 %

B - Associations Morbides

1) Hémorragies digestives :

24 cas, soit 30,7 %

Elles se répartissent ainsi :

Hématémèses seules : 13 cas, soit 16,6 %

Hématémèses et méloenas : 6 cas, soit 7,6 %

Méloenas seuls : 5 cas, soit 6,4 %

2) Cirrhoses avec gros foie: 8 cas, soit 10,2 %

3) Gros foie sans cirrhose confirmée :
19 cas, soit 24,3 %

4) Ulcères de l'estomac ou du duodénum :

- non opérés : 5 cas, soit 6,4 %
(dont un douteux)

- gastrectomisés 4 cas, soit 5,1 %
(dont un douteux, le motif de la gastrectomie n'ayant pas été précisé dans l'observation).

- gastro-enterostomisé : 1 cas, soit 1,2 %

5) Cancer de l'estomac : : 1 cas, soit 1,2 %

(le cancer n'a été reconnu que lors de l'intervention).

6) Troubles neurologiques : 17 cas, soit 21,7 %

Ils se répartissent ainsi

- syndrômes polynévritiques : 13 cas, soit 16,6 %

- délirium tremens : 3 cas, soit 3,8 %

- troubles psychiques autres : 1 cas, soit 1,2 %

Parmi ces différentes causes de consultation des malades, nous remarquons la fréquence des hémorragies digestives (30,7 %) contrastant avec le petit nombre d'ulcères (12,8 %) ; ceci s'explique si l'on se souvient que notre statistique est une statistique de gastroscopiste, comme nous l'avons déjà signalé tout à l'heure ; ainsi, les malades porteurs d'ulcères sont forcément peu nombreux, la radiologie ayant déjà permis de porter le diagnostic chez un bon nombre d'entre eux qui, de ce fait, ne nous ont pas été adressés, n'ayant guère besoin de subir un examen gastroscopique.

2) Du point de vue radiologique :

Nous avons trouvé les résultats qui suivent :

- pour 23 de nos malades, nous n'avons pas eu connaissance du dossier radiologique qui ne nous a pas été transmis.

- pour les 65 malades restants, nous avons trouvé :

1) Images d'antrite ou d'antrobulbite : 17 cas, soit 26,1 %

2) Images de gastrite : 8 cas, soit 12,3 %

3) Irrégularités de la P.C. : 8 cas, soit 12,3 %

4) Images d'addition : 6 cas, soit 9,2 %

Pour 3 de ces cas, le diagnostic d'ulcère est certain, ce qui représente un pourcentage de 4,6 %.

5) Gastrectomisés pour ulcère : 3 cas, soit 4,6 %

Pour ces trois cas il y avait

- deux aspects radiologiques normaux de gastrectomie,
- un aspect de gastrite du moignon.

6) Gastroentérostomisé pour ulcère : 1 cas, soit 1,5 %
avec une image normale de gastroentérostomie.

7) Cancer : 1 cas, soit 1,5 %
avec un aspect de sténose pylorique et une suspicion radiologique d'ulcère plutôt que de cancer (celui-ci a été reconnu lors de l'intervention)..

8) Hernie hiatale par glissement : 2 cas, soit 3 %

9) Enfin, comme du point de vue clinique, nous avons trouvé un pourcentage notable d'estomacs radiologiquement normaux : 11 malades sont en effet dans ce cas, ce qui représente un pourcentage de 16,9 %.

Cette fois encore nous retiendrons une remarque parallèle à celle que nous avons faite dans le paragraphe précédent à propos de la fréquence des hémorragies digestives. Ici, c'est la forte proportion des images d'antrite, d'antrobulbite, de gastrite, d'irrégularités de la P.C. (50,7 %) qui contraste avec le pourcentage plus faible des images se rapportant à des cas d'ulcères (15,3 %).

L'explication est toujours la même : il s'agit pour nos chiffres, d'une statistique d'endoscopiste.

3) Les épreuves biologiques complémentaires

ne concernent que 23 de nos 88 malades. Pour 65 d'entre eux, en effet, le dossier de ces divers examens ne nous a pas été communiqué. Voici donc les principaux renseignements que

nous a donné le Laboratoire au sujet de ces 23 malades :

1) Ponction-biopsie du foie :

pratiquée chez 3 malades, elle a montré pour chacun d'eux une stéatose à des degrés divers. Il est intéressant de remarquer que tous ces malades étaient porteurs d'un gros foie et que deux d'entre eux étaient atteints de cirrhose du foie confirmée cliniquement.

2) Tubage gastrique :

Examen particulièrement intéressant au cours des gastrites éthyliques, il n'a été relevé par nous que sur 6 malades. En tous cas, sur ces 6 malades, il a toujours montré une baisse de la chlorhydrie normale.

3) Dosage du taux de Prothrombine :

Sur 9 malades, on trouve :

- deux fois un taux normal à 100 %
- deux fois un taux subnormal à 85 %
- cinq fois un taux abaissé à 65 % ou au-dessous.

4) Dosage des protides totaux, sérine-globuline :

Sur 16 malades, il fut :

- 12 fois voisin de la normale
- 3 fois avec une inversion du rapport S/G
- 1 fois avec une baisse de la protidémie.

5) Réaction au thymol (Mac Lagan)

Sur 12 malades, elle fut :

- 8 fois normale
- 4 fois anormale (augmentée)

6) Réaction à la Céphaline-Cholestérol (Hanger)

Sur 6 malades :

- 4 fois normale
- 2 fois positive

7) Réaction de Gros :

Sur 9 malades, elle fut :

- 5 fois normale
- 4 fois légèrement positive

8) Dosage du Cholestérol Total et estérifié :

Sur 10 malades, il fut :

- 8 fois normal
- 2 fois élevé, avec un rapport E/T normal

Etant donné le petit nombre de malades dont le dossier biologique nous fut communiqué, il nous est difficile de porter un jugement sur les résultats trop peu nombreux que nous venons d'énumérer. Nous pouvons constater toutefois que le tubage gastrique, si précieux dans le diagnostic des gastrites, a toujours montré une baisse de la chlorhydrie normale, alors que les tests hépatiques se sont révélés plus variables.

4) Du point de vue Gastrosco-pique :

- Parmi nos 88 malades, 12 n'ont pas eu d'examen gastrosco-pique ;

- pour les 76 restants, on note 5 échecs de la gastroscopie, soit un pourcentage de 6,5 %. En réalité cette proportion est plus forte que celle habituellement observée pour l'ensemble des gastroscopies en général. Ceci résulte vraisemblablement du fait que ces examens, s'adressant à des éthyliques, furent pour cette raison, plus difficiles à effectuer ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Quoi qu'il en soit voici les

motifs qui furent responsables de ces échecs :

- Premier malade :

arrêt du gastroscope au cardia ; en l'absence de clichés, on renonce à une nouvelle tentative d'examen.

- Deuxième malade :

malade bréviligue à cou court. Difficultés d'introduction du gastroscope au niveau de la gorge lors d'un premier essai. Un deuxième essai est tenté, qui échoue également, à mi-oesophage cette fois, par suites de douleurs dorsales. En fait, on apprend, après coup que ces douleurs existaient avant l'examen endoscopique.

- Troisième malade :

arrêt du gastroscope au dessus du cardia. Vraisemblablement en rapport avec une courbure de l'oesophage mise en évidence par la radiographie (arrêt souple)

- Quatrième malade :

malade trop agité.

- Cinquième malade :

malade trop fatigué.

C'est donc un total de 71 malades qui ont subi un examen gastroscopique.

Ch. DEBRAY et P. HOUSSET insistent sur la valeur étiologique que représente la difficulté de la gastroscopie chez les alcooliques : "sujets agités, inquiets, à la gorge sensible et aux réflexes violents". Il est intéressant de noter à cet égard que dans les compte-rendus gastroscopiques de nos 71 malades, 25 fois il est fait mention d'un certain degré d'agitation de la part du malade, ce qui représente un pourcentage de 35,2 %. Remarquons toutefois que dans 40 autres cas, la gastroscopie s'est avé-

rée facile, soit dans un pourcentage de 56,5 %. Dans les 6 derniers cas, il n'est pas fait mention du comportement du malade.

Essayons maintenant de résumer les données que nous ont apporté ces 71 examens gastroscopiques.

Pour Ch. DEBRAY et P. HOUSSET, rien n'est constant. Le plus souvent, ils remarquent une rougeur diffuse de la muqueuse, avec un aspect mamelonné de la P.C. et de la F.P. du corps ; ils notent également une hypersécrétion importante, mais ils estiment que : "rien de tout cela n'est particulier". Enfin, ils disent rencontrer parfois des gastrites ulcéreuses, et que la gastrite atrophique est plus rare, semblant être plutôt l'apanage tardif de l'alcoolisme chronique.

En ce qui concerne nos 71 malades gastroscopés, les résultats sont ceux-ci :

- Dans 55 cas on a trouvé un aspect gastritique ou antritique, soit un pourcentage de 77,4 %.

Ces cas se décomposent de la façon suivante :

- gastrite érythémateuse, 28 cas, soit 50,9 %
- gastrite hypertrophique
mamelonnée, 16 cas, soit 29 %
- gastrite ulcéreuse 2 cas, soit 3,6 %
- gastrite hypertrophique
pseudotumorale 2 cas, soit 3,6 %
- gastrite atrophique, 7 cas, soit 12,7 %

Dans deux cas on a trouvé un aspect vasculaire
soit un pourcentage de :

3,6 %

Quant à l'hypersécrétion gastrique, elle a été notée 8 fois, ce qui représente un pourcentage de :

11,2 %

Enfin, il est intéressant de remarquer que dans 11 cas la gastroscopie a révélé l'existence d'une muqueuse normale, ce

- C H A P I T R E I I - ---

LA GASTROBIOPSIE

Les fragments de muqueuse gastrique qui nous ont permis la conduite de notre étude, ont tous été prélevés à l'aide de l'appareil à "aspiration-section", mis au point en 1952 par Ch. DEBRAY et collaborateurs. Cet appareil, sensiblement analogue à celui utilisé par les Australiens WOOD, DOIG, MOTTERAM et HUGUES, et dont, d'ailleurs, Ch. DEBRAY ignorait l'existence, a été déjà parfaitement décrit par leurs auteurs (voir Bibliographie No

). Sans vouloir nous exposer à des redites, nous pensons que sa description trouve logiquement à nouveau sa place ici.

Cet appareil comprend trois parties :

- une partie distale qui, introduite dans la cavité gastrique, constitue le dispositif même de la biopsie ;
- une partie proximale, constituée par un dispositif assurant d'une part l'aspiration, et permettant d'autre part d'actionner, de l'extérieur, le dispositif à biopsie ;
- une partie intermédiaire enfin, constituée par une sonde transmettant l'aspiration et dans laquelle coulissera un câble reliant les deux dispo-

sitifs précédents.

Nous décrirons successivement ces trois parties :

1) La partie distale : elle est constituée par :

- un cylindre métallique, creux à l'intérieur, (diamètre : 3mm), mesurant 2 cms de long. Latéralement ce cylindre présente un orifice circulaire de 2 mm de diamètre, qui joue le rôle d'une lunette de guillotine ; c'est par cette "lunette" que s'engage, sous l'effet de l'aspiration, le fragment de muqueuse qui sera sectionné. Cette section est assurée par :
- un couteau en forme de cuve cylindrique. Cette cuve, d'une longueur de 6 mm, et dont le bord supérieur est finement aiguisé, se déplace à l'intérieur du cylindre à la façon d'un couperet de guillotine. Le déplacement du couteau est effectué par l'intermédiaire d'un cable circulant dans la sonde. Ce cable est en effet fixé au fond de la cuve par un anneau constitué par la tête d'une vis qui, traversant le fond de la cuve, est maintenu de l'autre côté par un écrou.

2) La partie proximale : elle est constituée par un tube métallique en forme de "T".

- la branche verticale du T est adaptée sur un tube en matière plastique qui communique avec le dispositif d'aspiration réalisé par une trompe à eau, ou un aspirateur électrique ;
- la branche horizontale du T, adaptée sur la sonde qu'elle prolonge, laisse passer le cable fixé, comme on l'a vu, à la cuve cylindrique servant de couteau. Au dehors, ce cable est terminé par un manche qui lui confère un maniement facile. L'étanchéité du système tube-cable est assurée par

un presse étoupe.

3) La sonde intermédiaire : d'une longueur d'un mètre environ, et d'un diamètre extérieur de 4 mm, elle est souple et parfaitement étanche. Le cable qui circule à son intérieur est constitué par une corde à piano de 8/10 mm, ou un mandrin de sonde de Camus.

Le maniement de l'appareil est très simple :

Son introduction, en effet, ne présente aucune difficulté, car ses dimensions sont à peu près celles d'une sonde duodénale, et sa flexibilité très largement suffisante. La gastroscopie n'est donc pas nécessaire, et, seule, l'anesthésie du pharynx peut suffire à la préparation du malade. Le seul inconvénient important, commun à la plupart des méthodes actuelles de biopsie par aspiration-section, est que cette biopsie ne peut être dirigée, que le prélèvement ne peut être effectué dans un endroit choisi. On ne peut (et il est bon de le faire) que préciser, grâce à la radioscopie, le lieu du prélèvement. On peut même, dans une certaine mesure, mettre en évidence la face (antérieure ou postérieure) sur laquelle est pratiquée la biopsie. En effet, le cylindre qui renferme le couteau est taillé en biseau à son extrémité distale, et ce biseau constitue, de par son orientation, un repère commode.

L'appareil étant mis en place et l'ouverture circulaire du cylindre étant libre, c'est-à-dire, le manche du cable étant poussé à fond, on met en marche la trompe à eau ; sous l'effet de l'aspiration ainsi provoquée, un petit fragment de muqueuse s'engage dans l'orifice du cylindre.

On est prévenu de cet engagement par le changement de

bruit de la trompe à eau, et par la légère résistance que l'on sent en mobilisant doucement la sonde de haut en bas. On n'a plus alors qu'à tirer sur le manche du cable pour actionner le couteau qui, en coulisant, sectionne le fragment de muqueuse aspiré. On arrête alors l'aspiration, on retire l'appareil et on récupère le fragment biopsé dans la petite cuve cylindrique, en démontant la partie distale de l'appareil.

Pour obtenir plusieurs fragments à différents niveaux; (et il convient de souligner ici l'importance qu'il y a de faire l'étude histologique de la muqueuse gastrique en des lieux différents, étant donné que l'intégrité de cette muqueuse en un certain endroit n'implique pas forcément son intégrité en un endroit plus éloigné , encore que le processus des gastrites éthyliques soit un processus diffus), il suffit, après avoir arrêté l'aspiration, de libérer à nouveau l'orifice du cylindre distal en repoussant le manche du cable à fond, pour faire descendre le couteau. On procède ensuite comme précédemment.

Il arrive quelquefois que le ou les fragments biopsés, au lieu de se loger dans la petite cuve cylindrique, passent dans la sonde, ou même dans le tuyau d'aspiration ; ce n'est alors qu'^{complet} qu'on les retrouvera, ^{démontage} au démontage/qui, d'ailleurs, doit toujours être effectué après chaque biopsie, pour le nettoyage de l'appareil par l'alcool ou un autre désinfectant. Cette aspiration des fragments dans la sonde ne se produit pas en utilisant un appareil muni d'un étranglement entre l'extrémité biopsique et le reste de la sonde.

Dès que les fragments biopsés ont été récupérés, ils sont mis dans le liquide fixateur. En ce qui concerne nos échantillons, ils ont tous été placés dans le Regaut ou dans le Gendre (Bouin alcoolique). Le temps nécessaire à cette opération est

très bref : il ne faut pas compter beaucoup plus d'une minute entre la section du fragment de muqueuse et sa mise en place dans le liquide fixateur. Rares sont les cas où la fixation est défec-
tueuse ; personnellement, nous n'avons relevé que deux cas de ce genre parmi toutes nos gastro-biopsies. En voici les observations

OBSERVATION N° 8 : D... René, 37 ans, terrassier.

- Clinique : depuis un an, douleurs épigastriques sur-
venant 2 à 3 heures après les repas, parfois avant,
d'intensité supportable, à type de crampes, de tor-
sion. Parfois, irradiations transversales. Pas de
rythme ulcéreux. Vomissement améliorant parfois la
douleur. Pas d'amaigrissement ; pas de troubles du
transit. Fume un paquet de cigarettes par jour ;
éthylisme : boit plus d'un litre de vin par jour. -
radios : peut-être un ulcère de la P.C. - gastrite
certaine ; bulbe suspect - gastrosco-
pie : examen
difficile, incomplet. Tolérance à l'air moyenne. Ma-
lade nerveux, indocile, denture gênante. Hypersécré-
tion muqueuse. L'ulcère n'a pas été vu en gastrosco-
pie. Gastrite hypertrophique et mamelonnée très in-
tense du corps de l'estomac. - gastrobiopsie : fixa-
tion défectueuse, coupe inutilisable.

OBSERVATION N° 29 : N... Julien , 42 ans, manoeuvre,

- Clinique : brûlures épigastriques irradiées en cein-
ture, nocturnes, sans influence alimentaire, sans
périodicité. Anorexie, amaigrissement. Ethylisme et
tabagisme - Radios : réaction antrale ; pas de lé-
sions pariétales - Gastrosco-
pie : facile et complète.
Tolérance à l'air bonne. Kinésie normale. Gastrite
mamelonnée et hypertrophique importante avec antrite
légère associée - Gastrobiopsie : fixation défectu-
euse, coupe inutilisable.

A la vérité, ces deux observations relatives à un défaut de fixation ne constituent que le pourcentage minime de 2 %, encore même faut-il signaler qu'elles concernent deux des toutes premières gastrobiopsies qui aient été faites, c'est-à-dire à une époque où la technique était encore "en rodage". La fixation ne constitue d'ailleurs pas le temps le plus délicat de la préparation des coupes. En effet, une fois fixés, les fragmen^{ts}

de muqueuse doivent être inclus, et c'est cette inclusion des fragments qui représente le plus de difficultés, car leur orientation correcte est souvent difficile à obtenir du fait de leurs faibles dimensions. Ils se présentent en effet sous une forme discoïdale et mesurent environ 2 ou 3 mm de diamètre sur 1,5 mm de profondeur ; ils s'étendent ainsi jusqu'à la musculaire-muqueuse, mais ne débordent pratiquement jamais sur la partie profonde de la sous-muqueuse, où se trouvent de plus gros vaisseaux, ce qui explique, pour une part, le peu d'importance du saignement biopsique.

Nous pensons pourtant devoir signaler ici qu'une seule fois chez un de nos 88 malades, la gastrobiopsie a ramené deux petits fragments de sous-muqueuse, sans muqueuse ; ceci n'a d'ailleurs donné lieu à aucun incident, la partie profonde de la sous-muqueuse ayant été respectée. Voici l'observation de ce cas :

OBSERVATION N° 51 : M..... Yacinthe, 40 ans, commerçant.

- Clinique : chaque jour depuis deux mois, douleurs épigastriques avec parfois gêne pharyngée, survenant trois heures après les repas et plus fortes après le repas de midi, nettement soulagées par les aliments - douleurs analogues pendant trois mois l'année dernière, ayant cédé spontanément. Pas de nausées, pas de vomissements, transit quasi normal. Fume deux paquets de cigarettes par jour ; éthylisme +, boit quelques apéritifs par jour. Foie débordant de 3 ou 4 cms sous le rebord costal - Radios : irrégularités de la P.C. horizontale sans images nettes de niche. - Gastroscoie : facile, tolérance à l'air bonne, kinésie normale. Gastrite hypotrophique de la partie haute du corps de l'estomac ; hypersécrétion ; gastrite atrophique de la face antérieure basse ; antrite atrophique +++.- Gastrobiopsie : deux fragments ; les deux petits fragments prélevés ne comportent pas de muqueuse, ce qui rend impossible leur localisation. Il s'agit de deux lambeaux de sous-muqueuse, dont le tissu conjonctif est en différenciation adipeuse et infiltré par d'assez nombreux amas de plasmocytes et de lymphocytes. Cette réaction inflammatoire subaiguë chronique n'a aucun

caractère spécifique. En somme, coupe inutilisable.

Cette observation constitue une exception (pourcentage 1 %) qui nous a pourtant semblé devoir être rapportée et qui ne peut s'expliquer que par la séparation de la partie muqueuse de la partie sous-muqueuse au cours des manipulations. Mais, en règle générale, la nature et la grandeur des fragments obtenus sont telles qu'elles permettent une étude histologique d'un véritable segment de muqueuse gastrique.

En ce qui concerne nos échantillons personnels, presque tous sont constitués par des fragments de muqueuse fundique puisque nous en avons relevé 131. Il fut exceptionnel de rencontrer des fragments de muqueuse antropylorique ; nous n'en avons relevé en effet que deux échantillons. Quoi qu'il en soit, suivant que la section de cette muqueuse aura été faite perpendiculairement ou parallèlement à la paroi, on retrouve sur les coupes un aspect longitudinal des glandes avec, en bas, la bordure de musculaire-muqueuse, ou un aspect en couronne avec, au centre, un anneau ou un demi-cercle de musculaire-muqueuse.

Avant de terminer ce chapitre sur la gastrobiopsie par "aspiration-section", il est bon de signaler que si cette méthode, simple et pratique, ne présente pas de danger, (aucun véritable accident ne semble avoir été signalé jusqu'à ce jour), encore est-il besoin de prendre un minimum de précautions indispensables avant d'y avoir recours. En particulier, le fonctionnement et l'intégrité de l'appareil doivent être contrôlés avant chaque biopsie par l'opérateur lui-même : un couteau mal affûté, ou jouant un tant soit peu dans le cylindre où il coulisse, doit faire surseoir à la gastrobiopsie. En effet, la muqueuse au lieu

d'être coupée franchement comme cela doit être, risque de rester coincée dans l'appareil sans qu'on puisse mobiliser le couteau. Cet incident a déjà été signalé dans quelques cas où il a été nécessaire de "renverser" l'aspiration en soufflant de l'air assez fortement à l'aide d'une bonne poire en caoutchouc ; grâce à ce procédé, on est toujours parvenu à débloquer le couteau de l'appareil. Pour notre part, nous n'avons eu connaissance d'un cas semblable qu'une seule fois dans nos 88 observations.

Signalons aussi que la gastrobiopsie doit être prescrite devant tous syndrômes hémorragiques quels qu'ils soient, devant tout processus gastritique aigu, devant tout syndrome d'hypertension portale, devant tout estomac reconnu particulièrement congestif à la gastroscopie, chez tout sujet, enfin, qui ne serait pas à jeun, en raison de la vaso-dilatation intense que provoque le travail digestif.

En prenant ces précautions élémentaires, on est en droit d'escompter une gastrobiopsie correcte ; il est en effet bien rare à l'heure actuelle qu'avec un bon appareillage, la biopsie se solde par un échec. Pourtant cette éventualité peut se produire ; en général, l'échec est alors dû à l'une des causes suivantes :

- couteau mal affûté, donnant un fragment non franchement sectionné, qui prend à la coupe un aspect hémorragique gênant l'interprétation.

- coudure trop accusée de la sonde dans l'estomac, créant une résistance qui peut être suffisamment grande pour s'opposer à la mobilisation du câble dans cette sonde. La scopie présente ici l'avantage de préciser la position de l'appareil dans l'estomac et de la modifier éventuellement.

- situation de la sonde dans une partie de l'estomac qui, ne se collabant pas, n'est pas au contact de la partie biopsique de l'appareil. Il suffit, là encore, de modifier la position de l'appareil pour rétablir ce contact.

- enfin, et c'est le plus fréquent, présence d'un liquide épais et abondant, bouchant les conduits d'aspiration. Ce phénomène s'est produit une fois chez un de nos 88 malades, dont voici l'observation :

OBSERVATION N° 71 : T... ERNEST, 49 ans, grutier

- clinique : douleurs épigastriques hautes, sans irradiations, rétro-sternales, depuis 1 mois environ. Douleurs survenant le matin vers 9 heures, l'après midi vers 14 heures, et durant plusieurs heures. A type de crampes avec nausées, non clamées par l'alimentation, calmées par les alcalins ; éthylysme ++. - Radios : aspect vermoulé de la P.C. verticale sur toute sa hauteur. Déformation de la P.C. horizontale pouvant évoquer sur 2 ou 3 clichés une image de niche. - gastroscopie : facile, malade docile ; on a été gêné par une abondante sécrétion du mucus qui gêne considérablement la vision et empêche en particulier d'explorer la P.C. sous-angulaire.
- atrophie antrale. Gastrite mamelonnée, intense et diffuse, du corps de l'estomac. Pas d'ulcération gastroscopiquement décelable.
- Echec de la biopsie gastrique en raison vraisemblablement de l'obstruction de la sonde par les sécrétions muqueuses.

Cet échec de la biopsie est le seul de ce genre que nous ayons relevé chez nos 88 malades ; il ne représente donc que le faible pourcentage de 1 %. Encore peut-on signaler que si une nouvelle tentative de biopsie avait été faite ultérieurement, peut-être eut-elle connu plus de succès.

A côté de ces cas, en vérité peu nombreux, ainsi que nous venons de le voir, où la gastrobiopsie donne lieu à un échec il arrive quelquefois que, l'appareil ayant bien fonctionné, on

retire des fragments de tissu qui n'appartiennent pas à l'estomac mais à l'oesophage ou au duodénum , du fait d'une position trop haute ou trop basse de la sonde. Naturellement, ceci ne doit pas se produire si l'on procède sous écran radioscopique. Parmi nos 88 observations, nous avons relevé 6 cas de ce genre qui se répartissent ainsi :

- Pour deux malades, il n'y a eu qu'un seul prélèvement qui était oesophagien ;
- Pour un malade, il n'y a eu qu'un seul prélèvement qui était duodénal ;
- Pour deux malades, il y a eu deux prélèvements qui étaient, le premier oesophagien, le deuxième gastrique ;
- Pour un malade, enfin, il y a eu trois prélèvements qui étaient : le premier oesophagien, le deuxième gastrique, le troisième duodénal.

On voit ainsi que ce n'est en réalité que pour les trois premiers malades que la gastrobiopsie fut plus exactement une oesophago-biopsie ou une duodéno-biopsie. Voici les observations de ces 3 malades :

OBSERVATION N° 1 : P... Edouard, 60 ans, terrassier

- Clinique : état digestif normal jusqu'à il y a 3 mois. Depuis : amaigrissement de 12 kgs. Anorexie progressive. Vomissements. Douleurs épigastriques depuis 1 mois. Ethylisme ++ - Radios : limite de la partie moyenne de l'estomac paraissant laisser libre la partie basse et la région sous-cardiale - un certain retentissement oesophagien. - Gastroscopie facile, bonne tolérance à l'air. Estomac gastritique (gastrite éthylique probable). Rétrécissement de la partie moyenne de l'estomac. - Gastrobiopsie coupe inutilisable (un fragment de muqueuse oesophagienne).

OBSERVATION N° 7 : D... Georges, 63 ans, manoeuvre.

- Clinique : depuis 6 mois, sensation de plénitude

gastrique avec lenteur des digestions, nausées, régurgitations 4 à 5 heures après le repas. Pas de périodicité nette. Gros foie. Ethylisme avoué. - radios : image d'antrite avec prolapsus dans le bulbe duodénal. Petite rigidité inconstante de la P.C. prépylorique avec minuscule niche dont l'organocité est incertaine. - gastroscopie : quantité importante de liquide s'émulsionnant et donnant des bulles lors de l'insufflation. Gastrite hypertrophique du corps, érythémateuse et peu atrophique de l'antré. Pas d'autres lésions, mais la P.C. sous angulaire n'a pas été vue. - gastrobiopsie un fragment de muqueuse oesophagienne normale.

OBSERVATION N° 22 : T... Charles.

- Polynévrite alcoolique. - gastrobiopsie : prélèvement duodénal (présence de glandes de Brünner). On remarque une réaction inflammatoire avec sclérose en profondeur, les vaisseaux sont le siège d'une endothélite ; lésions épithéliales enfin, avec atrophie de certains tubes. Hyperplasie. Au total, duodénite surtout épithéliale. (Remarquons en passant que cette dernière observation soulève l'hypothèse d'une duodénite éthylique.)

En définitive, ces trois cas relatifs à une mauvaise localisation de la biopsie ne constituent que le faible pourcentage de 3 %. Encore eut-il été probablement facile de corriger cette localisation à un examen ultérieur.

Enfin, nous devons également signaler parmi nos 88 observations, deux cas où les fragments retirés furent inutilisables par suite de leur présentation sous forme de coupes tangentielles. Voici les observations de ces deux cas :

OBSERVATION N° 2 : D... Henri, 50 ans, chômeur.

- Clinique : hématomérose chez un éthylique avouant une consommation de 2,5 litres de vin par jour. Aucun trouble gastrique par ailleurs ; pas d'antécédents digestifs ; pas de douleurs. - radios : normales. - gastroscopie : estomac gastroscopiquement normal, quelques varicosités. - gastrobiopsie un fragment de fundus tangentiellement coupé, montrant une inflammation intersticielle. Coupe pratiquement inutilisable.

OBSERVATION N° 80 : L... Roger, 46 ans, tourneur

- clinique : douleurs épigastriques post-prandiales

- C H A P I T R E I I I - ---

CLASSIFICATION des COUPES OBTENUES par la GASTRO-BIOPSIE

Avant de confronter les différents renseignements histologiques que nous a apporté l'étude de nos biopsies gastriques et de discuter les différents résultats ainsi obtenus, il convient tout d'abord d'en faire la classification.

On sait que suivant la prédominance des altérations tissulaires, R. LAUMONIER a pu décrire trois types d'atteinte de la muqueuse gastrique qui réalisent :

- les gastrites épithéliales
- les gastrites interstitielles
- les gastrites atrophiques.

Mais, si cette classification, faisant appel à des notions d'anatomie pathologique générale, a l'avantage d'être simple, elle ne paraît malheureusement pas devoir être retenue pour l'ensemble de nos observations ; en effet, dans la majorité des cas que nous avons observés, il existe une telle intrication des réactions épithéliales et interstitielles, que la plupart d'entre eux réalisent une gastrite mixte, à la fois épithéliale et interstitielle. Si donc, nous adoptons cette classification, nous aboutirions aux chiffres suivants :

- gastrites épithéliales : 7 cas, soit 8%
- gastrites interstitielles 14 cas soit 17%

- gastrites atrophiques : 8 cas, soit 9%

Les 54 autres gastrobiopsies ont montré une gastrite mixte, ce qui représente une proportion de 66%.

C'est pourquoi, renonçant à cette classification, qui fait appel à des faits trop précis, nous préférons suivant les conseils de R. LAUMONIER, ranger nos observations dans trois catégories distinguées d'après le degré d'évolutivité des lésions observées au niveau de la partie glandulaire de la muqueuse gastrique, c'est-à-dire de sa partie noble.

R. LAUMONIER donne les définitions suivantes de ces trois catégories :

= Cas où le territoire glandulaire ne donne lieu qu'à une réaction minime ou nulle : on y trouve des tubes rectilignes à lumière étroite, sans produit pathologique, et à bordure épithéliale comportant une répartition normale de cellules principales et bordantes.

= Cas où l'on ne retrouve qu'une réaction moyenne : ces formes sont caractérisées par la conservation de l'architecture glandulaire fundique, mais avec une très importante desquamation cellulaire, soit en éléments isolés, soit en "cylindres" encombrant la lumière des culs-de-sac et surtout des collets glandulaires.

= Cas enfin, où il existe une réaction intense : à la desquamation s'ajoutent des signes d'atrophie et même de dégénérescence des tubes.

1) Cas où le territoire glandulaire ne donne lieu qu'à une réaction minime ou nulle :

Nous avons relevé vingt observations auxquelles nous ajoutons une observation concernant un malade gastrectomisé, chez

lequel la biopsie a donné lieu à un prélèvement d'aspect intestinal pratiquement normal. Voici ces observations :

OBSERVATION N° 11 : S... Maurice, 41 ans, employé S.N.C.F.

- Clinique : gastrectomisé il y a 12 ans pour ulcère duodénal. Depuis brûlures et douleurs à type de crampes, calmées par l'alimentation, survenant deux heures après les repas. Vomissements journaliers de bile depuis 1 an et demi. Récemment, hémاتèse de sang noir. Possibilité, malgré les dénégations du malade, d'une imprégnation éthylique. Par ailleurs, il y a 4 ans, tuberculose pulmonaire bilatérale traitée par un PNO droit, qui s'est symphisé après épanchement fébrile ; actuellement bacillifère ; toux

et expectorations minimales. En traitement par Streptomycine, P.A.S. en perfusion et I.N.H.

Laboratoire : Tubage après histamine : pas d'acide libre dans le liquide retiré ; protides totaux 81 mg. - Sérine : 48,6 mg, Globuline : 32,4 mg. S/G = 1,5 - Radios : moignon normal bonne évacuation ; pas de jéjunite. Gastrosco-
pie : difficile en raison de la nervosité et des réflexes nauséux considérables du malade. On a du mal à distendre l'estomac ; dès que l'on a injecté quelques cm³ d'air, des nausées apparaissent. Gastrite importante et diffuse du moignon. Pas de fils décelables. Sensibilité considérable de la cavité gastrique. - Gastro-
biopsie : un fragment d'oesophage au-dessus du cardia, d'aspect normal. Un fragment de muqueuse fundique avec une réaction vaso-motrice interstitielle en profondeur. On distingue deux ou trois îlots de plasmocytes. Il n'y a pas de sclérose. Au total : gastrite interstitielle à un stade de début.

OBSERVATION N° 16 : B... Charles , 50 ans, chauffeur.

- Clinique: il y a 24 ans, douleurs épigastri-

ques continues, à type de pesanteur, qui seraient survenues à la suite d'une contusion abdominale. Un an après, syndrome de perforation traitée par simple suture d'un ulcère pylorique. Un an après encore, nouvelle perforation traitée par gastro-entérostomie. Entre les deux interventions chirurgicales, le malade n'avait pas resouffert. Il ne ressouffre pas non plus pendant les 12 années qui suivent la deuxième intervention. Mais depuis 11 ans, il présente un syndrome douloureux, de type ulcéreux avec amaigrissement de 11 kgs. Il s'agit enfin d'un sujet d'une nervosité extrême, éthylique,

avouant une consommation quotidienne d'un demi-litre de vin par jour ainsi que de deux apéritifs. Enfin, tabagisme ++. Radios : pas de lésions pariétales visibles sur des clichés datant de 18 mois. GastroscoPie : examen facile en raison de l'extrême docilité du malade. Bouche de gastroentéroscopie mal vue. Gastrite mamelonnée et hypertrophique diffuse intense. Estomac en cascade. Gastrobiopsie : un fragment de fundus avec hétérotopie importante. Pas de réaction interstitielle mais images de desquamation endotubulaire nettes. Gastrite épithéliale modérée.

OBSERVATION N° 18 : S... Paul , 51 ans, manoeuvre.

- Clinique : syndrome de type gastritique qui s'est accentué depuis 15 jours. Ethylisme ++. Antécédents paludéens. Radios : petites irrégularités de la P.C. Angle légèrement ouvert. GastroscoPie : examen difficile au début ; à la fin le malade se calme, et l'exploration a pu être complète. Tolérance à l'air moyenne. Kinésie normale. Lac muqueux très abondant. Pas d'ulcération décelable. Antrite oedémateuse. Gastrite atrophique assez marquée de la face antérieure moyenne et basse du corps de l'estomac. Gastrobiopsie : un fragment de fundus , réaction interstitielle plasmocytaire légère - rétraction cellulaire ; pycnose ; quelques images de desquamation épithéliale. Gastrite mixte très légère.

OBSERVATION N° 27 : E... René, 50 ans, représentant.

- Clinique : depuis plusieurs années, fatigue, peut être imputable à un surmenage intense. Petits troubles de défaillance cardiaque. Ethylisme ancien, qui ne serait plus entretenu actuellement. D'autre part, petites douleurs épigastriques non rythmées. Hématémèse et méloena importants il y a plus de deux mois. Laboratoire : "complet hépatique" normal - tubage gastrique : baisse de la chlorhydrie normale. Cholestérol total 2,30 - estérifié 1,76 - E/T 0,76 - Thymol 1,5 - Céphaline 0 - Protides totaux : 76 - Sérine 43 - Globuline 33. S/G = 1,3 Radios : image d'antrite radiologique assez discrète. Bulbe duodéal aplati, déformé, mais pas de signes radiologiques d'ulcères. Dans la région prépylorique existent quelques déformations instantanées ne donnant pas l'impression d'une lésion pariétale profonde. GastroscoPie : assez difficile en raison de la nervosité du malade et de l'intolérance à l'air de l'estomac. Gastrite généralisée d'intensité modérée. Région prépylorique non vue sur la P.C. Pas d'explication endoscopique décelable à l'hématémèse de ce malade. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Présence d'un oedème

interstitiel avec plasmocytes ; fibres collagènes assez nombreuses en profondeur, disjoignant les cul-de-sacs, surtout au contact des artétiolles qui sont le siège d'endothélite. Par ailleurs, répartition cellulaire normale. Il n'y a que peu de desquamation épithéliales. Au total, gastrite interstitielle modérée.

OBSERVATION N° 41 : M... Marcel , 49 ans, barman.

- Clinique : barman depuis 22 ans, ce malade est hospitalisé pour des accidents d'éthylisme aigus (vomissements, malaises) survenus à la suite d'un bon repas arrosé. A l'interrogatoire, on retrouve un éthylisme ++ facilement avoué. Le malade se plaint de douleurs dans la région du foie, de crampes dans les mollets, de fatigue musculaire. Il présente en outre des vomissements tous les matins filets blancs, depuis plusieurs mois. L'examen révèle un gros foie douloureux, dépassant de 5 ou 6 cms le rebord costal. Au niveau des membres inférieurs, la force musculaire est diminuée, le réflexe rotulien droit est diminué, la pression des mollets est douloureuse. Le malade signale en outre des cauchemars, et on constate un tremblement important des extrémités. Gastroscopie malgré l'absence des clichés, on tente une gastroscopie. La sonde à biopsie s'arrête à 47 cms des arcades dentaires. Puis l'introduction de l'endoscope est facile, contrairement à ce que l'on pouvait craindre chez ce malade, mais on est arrêté dans la région du cardia. Il est impossible de le franchir. En l'absence de cliché gastrique, on renonce à une deuxième tentative. Gastrobiopsie deux fragments de fundus. Hétérotopie de surface avec hypersécrétion. On remarque que les vaisseaux sont le siège d'une endothélite. Présence d'une infiltration du chorion superficiel. Ebauche de sclérose du chorion profond entre le fond des cul-de-sacs et la musculaire-muqueuse. Quelques images de desquamation épithéliale et de rétraction cellulaire portant surtout sur les cellules bordantes. Au total, gastrite mixte très légère.

OBSERVATION N° 43 : R... Marguerite, 52 ans, contrôleuse en usine

- Clinique : ictère depuis 4 mois, puis apparition d'une ascite abondante avec circulation veineuse collatérale. Foie un peu augmenté de volume, indolent ; rate percutable, de volume modéré. Constipation. Pas de troubles digestifs dans les antécédents. Ethylisme : depuis 30 ans, consommation quotidienne d'un litre de vin et de quelques apéritifs. En somme, il s'agit bien d'une cirrhose éthylique. Laboratoire : protides totaux 77/1000 - Prothrombine 45 % - Cholestérol 2 g. - Thymol 26 Gros 1,4 - Ponction exploratrice : liquide jaune

d'or avec 80 % de lymphocytes, 15 % de cellules macrophages ; pas d'éléments microbiens, ensemencement stérile. Gastrobiopsie : un fragment de fundus - hétérotopie avec hypersécrétion de mucus - ébauche de réaction interstitielle avec trainées lymphoplasmocytaires entre les cul-de-sacs. Légère sclérose en profondeur - desquamation épithéliale modérée. Au total, gastrite mixte très discrète.

OBSERVATION N° 44 : B... André , 31 ans, serrurier.

- Clinique : syndrome ulcéreux avec anorexie, nausées et vomissements, amaigrissement de plusieurs kilogs, asthénie, chez un ancien amibien. Ethylisme ++ avec tremblement des extrémités, cauchemars, zoopsie. Laboratoire : examen des selles actuellement normal. Rectoscopie : normale. Radios : antro-bulbite avec surtout irrégularité de la P.C. prépylorique. GastroscoPie : examen difficile, malade très nerveux qui tremble ; intolérance à l'air ; sécrétion muqueuse très importante ; kinésie normale ; pas de signes endoscopiques d'inflammation antrale ; légère gastrite mamelonnée de la face postérieure du corps de l'estomac. Gastrobiopsie : un fragment de fundus - petite réaction interstitielle en profondeur avec présence d'éléments lymphoplasmocytaires. Desquamation des cellules bordantes. Gastrite mixte très légère.

OBSERVATION N° 53 : N... Georges, pas de notion d'âge ni de profession -

- Clinique : insuffisance cardiaque ; éthylisme. Radios : normales. Gastrobiopsie : un fragment de fundus avec hétérotopie - réaction interstitielle légère avec oedème discret et présence de plasmocytes - quelques cellules bordantes avec noyaux pyknotiques - Au total, gastrite mixte légère.

OBSERVATION N° 55 : F... Georgette , 42 ans, fleuriste.

- Clinique : malade hospitalisée pour crise comitale (coma) mais pour laquelle il faut faire quelques réserves, car éthylisme certain quoique non avoué - On découvre une arthrose vertébrale lombaire et on décide de faire une gastrobiopsie avant traitement par butazolidine. Radios : antrite, pas de lésions pariétales. Gastrobiopsie : trois fragments de fundus. Pas de réaction interstitielle. Desquamation épithéliale - rétraction des cellules bordantes - Au total : gastrite épithéliale discrète.

OBSERVATION N° 60 : B... André, 46 ans, O.S.

- Clinique : syndrome neurologique complexe ; polyneuropathie des membres inférieurs sans troubles sensi-

tifs ; hyperréflexivité tendineuse diffuse (à l'exception des achiliens) de type pyramidal. Tremblement d'attitude. Par ailleurs, il s'agit d'un éthylique avéré. Tubage gastrique : prélèvement légèrement hémorragique, hypochlorhydrie. Gastroscopie facile, malade édenté, tolérance à l'air bonne - kinésie normale - gastrite hypertrophique mamelonnée de l'antré et du corps de l'estomac - ébauche d'hernie hiatale. Gastrobiopsie : 4 fragments de fundus. Hétérotopie de surface - réaction interstitielle modérée avec quelques fibrilles collagènes entre les cul-de-sacs profonds ; présence de quelques plasmocytes - cul-de-sacs normaux à part quelques images de desquamation cellulaire - rareté des cellules bordantes - Au total : gastrite interstitielle très légère.

OBSERVATION N° 62 : D... Emile, 44 ans , manoeuvre :

- Clinique : chez un éthylique ++, douleurs épigastriques non rythmées, avec anorexie et amaigrissement de 4 à 5 kgs. Aurait déjà souffert, il y a deux ans, et l'année dernière, époque où l'on aurait diagnostiqué un ulcère. Radios : sténose du pylore ; ulcère possible du pylore. Gastroscopie :

examen remarquablement facile - malade docile - tolérance à l'air bonne - ulcération de la région prépylorique, incomplètement examinée du point de vue gastroscopique, probablement de nature ulcéreuse - atrophie antrale marquée - gastrite mamelonnée d'intensité modérée du corps de l'estomac. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus avec hétérotopie de surface - lésions d'endothélite au niveau des artérioles - réaction interstitielle modérée avec oedème en surface et présence de plasmocytes. Au contact de la musculaire-muqueuse, infiltration cellulaire. Pas d'altération des tubes glandulaires. Au total : gastrite interstitielle très peu marquée.

OBSERVATION N° 67 : L... Georges, 54 ans, agent technique

- Clinique : hématomèse assez abondante il y a environ trois semaines, suivie d'une anémie assez importante. Pas de signes digestifs bien nets. Pas de syndrome douloureux ; pas de troubles dyspeptiques. Pas de troubles du transit. Notion de tabagisme assez poussé, avec éthyliste imprécisé. Radios : achalasie antrale ; mal-position cardio-tubérositaire évoquant une hernie hiatale. Gastroscopie : malade très docile ; la sonde est arrêtée au niveau du cardia ; on tente malgré tout d'introduire le gastroscope qui passe très facilement à la gorge mais est arrêté au-dessus du cardia, vraisemblablement au niveau d'une courbure de l'oesophage ; il

s'agit en effet d'un arrêt souple. On n'insiste pas et on retire l'endoscope. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Les artérioles sont un peu épaissies et présentent des lésions d'endothélite. Présence d'une réaction interstitielle avec plasmocytes. Culs-de-sacs glandulaires à peu près normaux. Epithélium peu modifié. Au total : gastrite surtout interstitielle très modérée.

OBSERVATION N° 69 : G... Henri, 48 ans, employé S.N.C.F.

- Clinique : syndrome gastritique avec douleurs épigastriques à type de crampes sans périodicité nette ; vomissements, amaigrissement, asthénie. Ethylisme ++. Hospitalisé dans un état de subdelirium tremens. Radios : transit oesophagien normal ; pas de hernie hiatale visible ; morphologie gastrique normale ; bulbe à jeun irrégulier ; diverticules de D2 ; diverticules coliques. Gastroscoie : assez facile malgré de nombreuses quintes de toux. Estomac pâle dans son ensemble. Pas de lésions gastroskopiquement visibles. Gastrobiopsie : trois fragments de fundus. Hétérotopie calciforme avec beaucoup de mucus. Pas de lésions vasculaires. Pas de lésions interstitielle. Culs-de-sac glandulaires normaux. Desquamation cellulaire de place en place. Au total : très légère gastrite épithéliale.

OBSERVATION N° 72 : M... Désiré, 33 ans, chauffeur.

- Clinique : deux crises douloureuses épigastriques intenses ayant duré quelques heures, à un an d'intervalle. Il s'agit d'un malade qui consomme 1 à 2 litres de vin par jour et fume 20 cigarettes par jour. A chaque crise douloureuse, rejet de 1/2 verre de glaires acides. Radios : oesophage, estomac, vésicule biliaire normaux. Gastroscoie : pratiquement facile mais douloureuse. Tolérance à l'air bonne. Kinésie normale, un peu forte. Lac muqueux assez abondant, légèrement bilieux. Gastrite oedémateuse et ulcéreuse de la partie basse du corps. Antrite ulcéreuse. Les signes de gastrite constatés à l'endoscopie peuvent, dans une certaine mesure, expliquer les douleurs de ce malade. Gastrobiopsie : le couperet de l'appareil est resté coincé pendant quelques minutes. L'insufflation d'air n'a pas été suffisante pour le décoincer, il a été nécessaire de tourner la corde à piano, ce qui, en faisant tourner le couteau, a pu permettre de libérer le cylindre-couperet. Un fragment de fundus. Hétérotopie légère. Réaction interstitielle plasmocytaire très superficielle. Coupe pratiquement normale.

OBSERVATION N° 73 D... Edmond. Pas de notion d'âge ni de profession.

- très vieil éthylisme ++. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Réaction interstitielle plasmocytaire

en surface. Pycnose des noyaux des cellules bordantes quelques images de desquamation. Au total : très légère gastrite mixte.

OBSERVATION N° 82 : Mr...L..., 39 ans, dessinateur.

- Clinique : pancréatite chronique calcifiante. Ethylisme ++. Syndrome gastritique. Gastroscope : gastrite érythémateuse de la face postérieure du corps de l'estomac. Le reste de l'estomac est normal. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus ; sur le premier fragment, mise en évidence de quelques fibrilles collagènes et d'une desquamation épithéliale. Sur le deuxième fragment, il y a peu d'inflammation mais les cul-de-sacs glandulaires sont distendus. Au total : gastrite mixte peu marquée.

OBSERVATION N° 84 : J... René, 46 ans, manoeuvre.

- Clinique : éthylique avéré (2,5 litres de vin par jour depuis 1939), hospitalisé pour une crise de délirium tremens. Dans les antécédents, on retrouve un séjour de 3 mois à Ste-Anne pour une crise analogue il y a 9 ans. Par ailleurs, gastrectomisé il y a 13 ans pour hémorragie ulcéreuse ; depuis cette intervention, aucun trouble digestif. Radios : image normale de gastrectomie. Gastroscope : très facile. Malade indifférent et docile. Moignon et bouche de la gastrectomie normaux. Gastrobiopsie : deux fragments d'aspect intestinal pratiquement normaux.

OBSERVATION N° 85 : J... Alice, 49 ans, pas de notion de profession.

- Clinique : hématomèse chez une femme présentant un syndrome gastritique, avec amaigrissement et asthénie +; éthylisme non avoué mais certain. Par ailleurs polynévrite des membres inférieurs, en faveur également de l'éthyle. Radios : achalasie antrale et hernie hiatale. Gastroscope : malade très fatiguée, anesthésie et introduction de la sonde à biopsie très difficiles ; une première tentative de gastroscopie échoue au passage de la gorge qui est trop étroite. Devant l'état de la malade, on renonce à pratiquer l'endoscopie. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. On trouve une réaction inflammatoire interstitielle plasmocytaire. Les tubes glandulaires sont différenciés, les cellules bordantes peu nombreuses. En conclusion : gastrite plus interstitielle qu'épithéliale peu évoluée.

OBSERVATION N° 86 : L... Pierre, 42 ans, maçon-boiseur.

- Clinique : hématomèse survenue brutalement en pleine santé chez un homme manifestement éthylique. Pas d'autres signes et, en particulier, pas de signes digestifs. Radios : gros plis anarchiques de l'antra.

Pas d'ulcère. Gastroscopie : assez facile, estomac sensiblement normal ; partie basse non vue. Gastrobiopsie : un fragment de fundus avec hétérotopie. Il n'existe pas de réaction inflammatoire interstitielle, on trouve seulement une desquamation épithéliale avec images de cylindres. Au total, gastrite épithéliale peu accusée.

OBSERVATION N° 87 : R... Edouard, 52 ans, pas de notion de profession.

- Clinique : syndrome ulcéreux ancien, typique, en poussée, peu amélioré par le traitement. Ethylisme : consommation journalière d'un litre de vin et de quatre apéritifs ; tabagisme : fume 20 cigarette par jour. Radios : gêne pylorique, angulation de la région pylorique avec grande niche. Gastroscopie : malade docile, exploration facile, tolérance à l'air bonne ; pas de liquide résiduel en quantité abondante dans le bas fond gastrique. Pas d'ulcère décelable en gastroscopie ; gros plis gastritiques de la région prépylorique. Gastrite oedémateuse et ulcéreuse de la face postérieure basse et moyenne du corps de l'estomac. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Hétérotopie très poussée. Légère sclérose interstitielle en profondeur. Tubes glandulaires à lumière anormalement large en certains endroits. En conclusion : gastrite mixte peu intense.

OBSERVATION N° 88 : S... Madeleine, 40 ans, sténodactylo.

- Clinique : polynévrite avec syndrome douloureux ; force musculaire segmentaire diminuée ; douleurs à la pression des masses musculaires. L'origine éthylique est certaine, mais le déclenchement des troubles s'est produit au décours d'un ictère par hépatite. Laboratoire : Prothrombine 80 % - test de résistance à l'héparine fortement diminué - thymol 44 - kunkel 40 - Gros 1,3 - Cholestérol total 1,80 - estérifié 0,97 - Gastroscopie : malade docile mais intolérance à l'air gênant considérablement l'examen. Muqueuse normale ; ni visibilité vasculaire, ni gastrite. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Hétérotopie - hypersécrétion de mucus - Réaction interstitielle plasmocytaire très légère. Cellules bordantes avec noyaux pycnotiques. En définitive ; fundus subnormal, avec une discrète modification sécrétoire de surface.

Au total, toutes ces observations concernant les cas où la partie glandulaire de la muqueuse gastrique est peu modifiée représentent le pourcentage de 25,9 %.

2) Cas où l'on ne retrouve qu'une réaction moyenne du territoire glandulaire.

Nous en avons compté 35, dont voici les observations

OBSERVATION N° 3 : H... Augustine, 38 ans, sans profession.

- Clinique : amaigrissement de 11 kgs en 7 mois ; anorexie ; constipation ; sang dans les selles ; douleurs non rythmées et sous-costales droites. Ethylisme ++. A l'examen, hépato-mégalie ; trémulations des mains et de la langue ; douleurs épigastriques. Ponction-biopsie du foie : stéatose ++. Gastroscoie : facile ; estomac presque normal ; plis du corps peut-être un peu diminués ; peut-être un léger oedème de la muqueuse, mais il ne s'agit que de nuances. Sur la partie haute de la face antérieure, quelques capillaires visibles avec aspect de gastrite atrophique. En conclusion : estomac d'aspect à peu près normal. Gastrobiopsie : un fragment de muqueuse fundique. Sclérose interstitielle d'une part, lésions épithéliales d'autre part sous forme de desquamation. On est en présence d'une gastrite mixte déjà assez évoluée.

OBSERVATION N° 4 : F... Paul, 50 ans, chauffeur.

- Clinique : dyspepsie irrégulière chez un éthylique. Hématémèse de petite abondance il y a un mois. Examen clinique négatif. Il s'agit vraisemblablement d'une hématémèse par hypertension portale débutante. Radios : prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum. Gastroscoie : très difficile, malade bréviligne à cou court ; estomac vasculaire, muqueuse fragile ; pas de varices. Cet examen est contre la cirrhose et pour la fragilité capillaire. Gastroscoie : un fragment de muqueuse fundique ; les vaisseaux sont le siège d'une endothélite, on remarque une inflammation interstitielle importante en surface ; en profondeur, ébauche de sclérose, desquamation épithéliale et raréfaction des cellules bordantes. Au total : gastrite mixte.

OBSERVATION N° 5 : M... Louis, 61 ans, O.S.

- Clinique : depuis une douzaine d'années, douleurs épigastriques et rétrosternales à irradiations gauches, apparaissant 2 ou 3 heures après les repas durant des périodes de 8 à 15 jours ; peu calmées par l'alimentation, encore moins par les alcalins à type de crampes, de faim douloureuse. Pas de vomissements. Bon appétit jusqu'au mois dernier - gros amaigrissement de 10 kgs environ depuis 6 mois. Fume environ 1 paquet de cigarettes par jour mais,

actuellement, aurait un dégoût total du tabac. Ethylisme (boit un litre de vin par jour ainsi que quelques apéritifs - a bu plus). Radios : importante quantité de liquide de stase. Persistance sur tous les clichés d'une petite image d'addition de la portion sous angulaire de la P.C. verticale, au centre d'une région enraidie. Grosse dilatation de la région antrale. Région prépylorique réduite à quelques mm. avec aspect de rétraction. GastroscoPie : examen difficile en raison de la nervosité du malade et d'une hypersécrétion muqueuse abondante. La partie basse de l'estomac n'a pu être examinée ; la partie explorée montre une gastrite érythémateuse d'intensité moyenne ; il n'a pas été vu d'ulcération, ni de néoformation. Le caractère incomplet de cette gastroscoPie ne permet pas de conclure d'une façon absolue à l'absence de lésion. Gastrobiopsie : un fragment de fundus ; au niveau des artérioles, lésions d'endothélite ; présence d'une sclérose en profondeur. Raréfaction des cellules bordantes et desquamation épithéliale. Il s'agit au total d'une gastrite mixte d'intensité moyenne.

OBSERVATION N° 6 : P... Léon, 36 ans, employé aux P.T.T.

- clinique : éthylique et tabagique (fume 20 cigarettes par jour) ; depuis environ 8 ans, pesanteur épigastrique postprandiales précoces ou tardives, sans périodicité nette. Depuis un mois, brûlures épigastriques sans irradiations, plutôt tardives, calmées par les aliments. Radios : estomac de petites dimensions ; quelques irrégularités de la P.C. sous-angulaire ; assez grande quantité de liquide de stase (tenir compte d'une ingestion de bladex). GastroscoPie : assez facile malgré la nervosité du sujet. Tolérance à l'air médiocre. Estomac gastroscoPiquement normal ; peut-être une certaine rougeur du corps. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Les artérioles se présentent avec des parois épaisses et une lumière étroite ; elles sont le siège d'une desquamation endothéliale. Présence d'une sclérose à la fois interstitielle entre les cul-de-sacs glandulaires et au niveau de la bande interglandulo-musculaire, où elle est déjà dense. Images de desquamation épithéliale. Au total : on est en présence d'une gastrite mixte de moyenne intensité.

OBSERVATION N° 9 : G... Henri, 46 ans, inspecteur.

- clinique : éthylique avouant une consommation d'un litre et demi de vin par jour. Depuis un an, anorexie, amaigrissement de 7 kgs. Quelques vomissements à type de pîtuite, et quelques douleurs gastriques suivant les vomissements. Radios : signes radiologiques d'antro-bulbite. GastroscoPie : assez difficile en raison de réflexes nauséux du malade, antrite ; estomac hyperkinétique et sensible.

Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Présence d'un oedème interstitiel, avec ébauche de sclérose en profondeur. Desquamation épithéliale. Au total : gastrite mixte.

OBSERVATION N° 10 : N... Paul , 58 ans, peintre.

- clinique : chez un éthylique trémulent et patent , hématemèse il y a un mois ; gros foie dur, régulier, à bord tranchant ; légère circulation collatérale ; abdomen légèrement ballonné (lame d'ascite probable) ; rate peut-être un peu grosse. Pas de signes cliniques d'insuffisance hépatique. En conclusion : cirrhose hypertrophique avec hémorragie par hypertension portale probable. Radios : estomac radiologiquement normal, sauf antrobulbite. Pas de varices oesophagiennes. Examens complémentaires : Prothrombine 85 % - Protéides totaux 83 mg. sérine : 32 mg. ; globuline : 51 mg. Gastroscoie : facile, tolérance à l'air normale ; gastrite érythémateuse du corps de l'estomac, principalement plus accentuée en haut, d'origine éthylique probable. Veines visibles sur la face antérieure. A l'examen de l'oesophage, avec le gastroscope à poche gonflable, on ne voit pas grand' chose et, en particulier, on ne voit pas de dilatation veineuse. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Hétérotopie de surface. Oedème interstitiel en surface. Ebauche de sclérose en profondeur. Grosse desquamation épithéliale - gastrite mixte.

OBSERVATION N° 12 : L... Roger, 47 ans, inspecteur S.N.C.F.

- clinique : depuis deux ans, soigné pour une cirrhose avec gros foie ferme, et grosse rate ; cirrhose d'origine éthylique. L'anorexie et l'asthénie se sont aggravées depuis 6 mois. Aucune hémorragie digestive. Pas de moelena microscopique qui pourraient expliquer une anémie isochrome mise en évidence par le laboratoire et qui se réparera par des transfusions sanguines. Il existe peut-être une certaine pigmentation qui pourrait faire évoquer une cirrhose bronzée. Radios : estomac normal en position debout. En position couchée, mise en évidence d'irrégularités de la P.C. sous-cardiale, avec peut-être un aspect un peu lacunaire. Gastroscoie : facile et complète tolérance à l'air normale ; estomac gastroscoipiquement subnormal. Gastrobiopsie : quatre fragments de fundus ; en profondeur, sclérose qui commence à s'ébaucher. Desquamation épithéliale. En conclusion, il s'agit d'une gastrite mixte.

OBSERVATION N° 17 : K... Anne-Marie, 56 ans, Marchande de 4 saisons

- clinique : douleurs dorsales siégeant dans la ré-

gion scapulaire gauche. Ethylisme ++. Tremblement. Foie augmenté de volume. Radios : présence un peu au-dessus de l'angle d'une image de niche typique assez profonde. GastroscoPie : examen facile et complet. Tolérance à l'air bonne. Kinésie normale. Lac muqueux assez abondant, non sanglant. Ulcère sus-angulaire vraisemblablement assez ancien, profond. Gastrite mamelonnée de la face postérieure du corps de l'estomac. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Hétérotopie. On remarque une infiltration interstitielle plasmocytaire ; présence de corps de Russel ; présence de fibrilles collagènes, sans sclérose ; image de desquamation épithélial en forme de cylindres. En conclusion, gastrite mixte surtout épithéliale.

OBSERVATION N° 20 : B... Elie, 36 ans , mécanicien

- clinique : depuis un mois chez ce noir martiniquais, douleurs journalières, tardives, paraombilicales assez vives, à type de piqûres et non de brûlures. Ethylisme au punch (3 ou 4 au minimum par jour) (parfois 10) - pas améliorées par poudre alcaline. Radios : image d'antrobulbite typique avec antre spasmé à plis longitudinaux de dimensions irrégulières, sans rigidité. Pylore normal. Bulbe tacheté et à bords irréguliers. Premier duodénum mobile. GastroscoPie : facile malgré la nervosité du sujet. Tolérance à l'air normale. Gastrite mamelonnée intense de la face postérieure d'origine vraisemblablement éthylique. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. En surface, réaction interstitielle plasmocytaire. Présence de fibrilles collagènes entre les cul-de-sacs profonds. Images de desquamation au niveau des collets glandulaires, en forme de cylindres. Au total : gastrite mixte.

OBSERVATION N° 22 : B... Désiré, 50 ans, mécanicien.

- clinique : digestions difficiles - pour les viandes en particulier - avec anorexie et amaigrissement de 18 kgs. Aucune douleur. Ethylisme. Tabagisme : fume 40 cigarettes par jour. Radios : antre achalasique avec plis verticaux prépyloriques. Antrite - Bulbite avec gros bulbe - Image d'addition, en position debout, de l'angle, avec ouverture de cet angle ; considérée comme certainement organique. En position couchée, cette image disparaît. Irrégularités de la P.C. verticale. GastroscoPie : facile - pas d'ulcération de l'angle gastroscoPiquement décelable. Antrite avec gros plis - gastrite du corps modérée. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. On remarque des images d'endothélite au niveau des vaisseaux. En profondeur, sclérose. Les tubes glandulaires sont intacts, mise

à part une desquamation épithéliale légère. En conclusion : gastrite mixte, surtout interstitielle.

OBSERVATION N° 23 : M... Georges, 55 ans, représentant de commerce.

- Ethylisme ++ - Gastroscopie : un fragment de fundus avec hétérotopie. Infiltration plasmocytaire et lymphocytaire en regard du fond des cul-de-sac glandulaires. Début de sclérose. Images de desquamation épithéliale avec raréfaction des cellules bordantes. Au total, gastrite mixte.

OBSERVATION N° 26 : B... Charles, 47 ans, plombier.

- Clinique : éthylisme, consommation de deux litres de vin par jour - aucun trouble digestif. Laboratoire : Prothrombine 100 % - Thymol normal - Protéides totaux : 83 - albumine 49, Sérum globuline 34 - Cholestérol total 4,75 - estérifié 1,29 - E/T 0,73 B.S.P. normale. Radios : antrite - pas de varices oesophagiennes. Gastroscopie : assez facile malgré la nervosité du sujet grâce à un providentiel hiatus médian. Antrite gastroscopique congestive et catarrhale. Gastrobiopsie un fragment de fundus avec hétérotopie. Réaction interstitielle scléreuse avec présence de collagènes. Desquamation épithéliale avec images de cylindres. Dédifférenciation de la partie profonde des cul-de-sac glandulaires. En conclusion, gastrite mixte.

OBSERVATION N° 33 : S... Armand, 34 ans. Pas de notion de profession.

- clinique : malade hospitalisé en chirurgie pour un traumatisme du genou avec hydarthrose importante. D'autre part, depuis un à deux ans, crampes épigastriques postprandiales immédiates, fréquemment suivies de vomissements, d'ailleurs peu abondants ; crampes survenant après tous les repas ; brûlures rares ; pas de caractère ulcéreux. Sialorrhée. Pituite ; amaigrissement de 8 à 10 kgs. Il s'agit d'un éthylique certain (consommation de 2 litres de vin par jour). A l'examen, hernie épigastrique située à 5 ou 6 cms au-dessus de l'ombilic, très nette, douloureuse, avec impulsion à la toux. La hernie devient douloureuse après les repas. Radios : gros plis du corps de l'estomac, verticaux. Hyperkinésie antrale. Bulbe un peu irrégulier. Pas de signes d'ulcère. Gastroscopie : assez facile malgré la nervosité du sujet. Gastrite érythémateuse et mamelonnée, diffuse, prédominant dans le corps de l'estomac à la partie moyenne. Gastrobiopsie : trois fragments de fundus. avec hétérotopie de surface. Mise en évidence surtout d'une sclérose qui,

encore modérée entre les culs-de-sac glandulaires, est déjà épaisse dans la région interglandulo-musculaire, autour d'artérioles modifiées. Présence d'images de desquamation épithéliale. En conclusion : gastrite mixte.

OBSERVATION N° 37 : B... Albert, 55 ans, retraité.

- clinique : il y a 4 ans, méloena à plusieurs reprises et à la même époque, épistaxis. Troubles digestifs à type d'anorexies, de pituites. Amaigrissement de 5 kgs en un an. Ethylisme certain : boit un litre et demi de vin et 2 à 4 apéritifs par jour. Le foie déborde le rebord costal. Il n'est pas dur. Laboratoire Cholestérol total 1,55 - Thymol 10 unités V, Protides totaux 63, sérine : 40, globuline : 23. Radios : irrégularités de la région prépylorique mais ne paraissant pas organiques. Diverticulose sigmoïdienne étendue. GastroscoPie : assez facile - gastrite érythémateuse et catarrhale diffuse. Gastrobiopsie : un fragment de fundus, en différenciation presque complète (aspect pseudopylorique) - réaction inflammatoire considérable plasmocytaire. Sclérose en cours d'organisation, encore assez modérée. Au total gastrite mixte

OBSERVATION N° 38 : L... Désiré, 43 ans, vérificateur.

- clinique : hémاتèse nocturne il y a un mois, précédée de sensation de pesanteur gastrique puis de vomissements alimentaires ; hémатémèse de sang rouge mêlé de particules noirâtres, méloena le lendemain. Lassitude, aucun antécédents si ce n'est que cette lassitude se retrouve dans les mois précédents. Sujet éthylique avouant une consommation d'un litre et demi de vin par jour ; apéritifs fréquents, anémie transitoire. Laboratoire : Protides totaux : 76 - Albumine 48,2 % globuline : 28,6 % - Prothrombine 65 % - Cholestérol total : 2,20 - estérifié : 1,60 - E/T 0,72 - Thymol 2 Céphaline 0 - Radios : au niveau de l'oesophage, volumineux diverticule situé à 10 cms environ au-dessus de la coupole diaphragmatique, diverticule régulier, sans image pouvant faire penser à une dégénérescence estomac radiologiquement normal ; le bulbe est mal rempli, déformé sans image de niche de face ; probabilité d'ulcère duodénal mal visible en radio. oesophagoscopie : facile, malade très docile. Confirmation du diverticule vu à la radio. Oesophage normal par ailleurs. GastroscoPie - Il n'y a pas d'explication de l'hémorragie de ce malade en gastroscopie ni en oesophagoscopie. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Mise en évidence d'une réaction interstitielle profonde entre le fond des culs-de-sac glandulaire et la musculaire-muqueuse, avec image d'endocapillarite. Un peu d'œdème. Apparition de fibrilles colla-

gènes mêlées à des cellules rondes lymphoplasmocytaires. Rares cellules bordantes. Peu de desquamation. En conclusion, gastrite mixte subaiguë.

OBSERVATION N° 42 : L... Louise, 45 ans, mécanicienne.

- clinique : Ethylisme ++. Depuis plusieurs mois, syndromes de paraplégie spasmodique avec réflexes vifs; Babinski bilatéral, et très discrète atteinte sensitive. Laboratoire : Cholestérol total 2,51 g. - Prothrombine 55 % - Gros, 1,3 - Protides totaux 76,5 Albumine 38,25 - globuline 38,25 - Tubage gastrique : baisse de la chlorhydrie normale. Gastroscoie : l'antré paraît normal ; dans le corps, plis normaux; face postérieure : légère gastrite mamelonnée. En conclusion, estomac presque normal. Gastrobiopsie : un fragment de fundus avec hémorragie de surface traumatique. On remarque une ébauche de sclérose dans le chorion profond avec tendance à la dissociation des culs-de-sac. Raréfaction des cellules bordantes. Dans plusieurs tubes, desquamation cellulaire avec images en cylindres. Au total : gastrite mixte.

OBSERVATION N° 45 : M... Emile, pas de notion d'âge, agent SNCF

- clinique : durant 3 semaines, douleurs épigastriques quotidiennes à type de crampe, survenant 1/2 à 1 heure après le déjeuner, pas après le dîner, calmées par l'alimentation mais pas par les platrages. Malade éthylique et tabagique qui aurait cessé de s'intoxiquer (?). Examen négatif. Radios : sur un seul cliché, niche de la face postérieure haute de l'estomac. Image d'antrite. Gastroscoie : examen très limité, sans grande valeur ; estomac en cascade ; légère gastrite érythémateuse de la partie haute du corps de l'estomac. Gastrobiopsie : deux fragments de muqueuse fundique. L'épithélium de surface est normal. Les glandes sont normales également et la répartition des cellules principales et bordantes se fait dans les proportions habituelles. Le fait essentiel est une sclérose collagène interstitielle qui commence à s'ébaucher au niveau de la partie profonde de la muqueuse, en regard des culs-de-sac glandulaires. Ceux-ci se trouvent disjoints par cette réaction conjonctive. Au total : gastrite interstitielle

OBSERVATION N° 46 : J... Roger, pas de notion d'âge ni de profession.

- Ethylisme avoué de 2,5 litres de vin par jour. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus avec hétérotopie caliciforme. Les vaisseaux sont le siège d'une endothélite. Ebauche de sclérose interstitielle surtout dans la région interglandulo-musculaire

Desquamation épithéliale légère. Au total, gastrite mixte à prédominance épithéliale.

OBSERVATION N° 50 : P... Georges, 47 ans Chef d'équipe

- clinique : sujet pléthorique et éthylique (consommation de 3/4 de litre de vin par jour, avec de temps en temps le double) (Rhum tous les soirs) - Cirrhose avec gros foie débordant de 6 cms le rebord costal mais sans circulation collatérale. Radios : dyskinésie de l'oesophage, tout le tiers inférieur de l'oesophage reste invisible avec un curieux aspect terminal en massue. Achalasie antrale. Gastroscope : assez facile. Gastrite mamelonnée et peut-être ulcérée de la face postérieure du corps de l'estomac ; gastrite érythémateuse diffuse. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Hétérotopie. Présence d'un oedème du chorion avec sclérose en profondeur. Rares images de desquamation épithéliale sous forme de cylindres. Au total : gastrite interstitielle avec légère atteinte épithéliale.

OBSERVATION N° 52 : H... Elie, 62 ans, sans profession.

- clinique : douleurs épigastriques apparaissant 2 à 3 heures après les repas, durant 1/2 heure environ, calmées par l'alimentation, sans nausées ni vomissements. Pas d'amaigrissement. Pâleur. Crises de diarrhée avec parfois sang rouge dans les selles, à la fin des selles. Ethylisme ++ (vin et 5 à 6 pastis par jour). A l'examen, on trouve un gros foie, une rate percutable mais non palpable, et une douleur à la palpation de l'épigastre. Radios : niche de la P.C. verticale avec gros plis, volumineuse. Rectoscopie : polype à 21 cm, histologiquement il s'agit d'un polyadénome bénin sans aucun caractère de malignité. Gastroscope : examen très facile et complet. Tolérance à l'air médiocre au début, puis bonne ensuite. Kinésie normale. Gros ulcère de la P.C. verticale moyenne. Aucun signe gastrosopique en faveur d'une ulcération néoplasique. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Hétérotopie + On remarque une infiltration plasmocytaire en surface. En profondeur, légère sclérose. Desquamation cellulaire très marquée. En conclusion : il s'agit d'une gastrite mixte.

OBSERVATION N° 55 : F... Georgette, 42 ans, fleuriste.

Il s'agit de la malade dont il a été question dans le premier paragraphe. Une deuxième biopsie a été faite après un mois de traitement par butazolidine. Toutefois, il faut préciser aussi que, bien qu'hospitalisée, cette malade continuait à boire, et même à fumer.

La biopsie a donné le résultat suivant : trois fragments de fundus avec hétérotopie. On note des lésions d'endothélite au niveau des artérioles. Présence d'un oedème interstitiel, avec sclérose jeune par endroits. Enfin, desquamation épithéliale, mais légère atteinte interstitielle. Par rapport à la coupe précédente, ce nouveau prélèvement montre une accentuation des lésions, et indique une ébauche de gastrite interstitielle fibreuse.

OBSERVATION N° 56 : P... Emile, 42 ans, chef électricien.

- clinique : hématomèse abondante il y a 15 jours après apparition de vomissements alimentaires puis bilieux, Melaena dans les jours qui ont suivi. Pas de syndrome ulcéreux ni hémorragique dans les antécédents. Légère anorexie électorive pour les viandes depuis un an ; sujet éthylique (consommation quotidienne de 2 litres de vin avec apéritif), mais pas de manifestation digestive ni nerveuse, pas d'amaigrissement. A l'examen, foie augmenté de 3 cm environ ; pas de grosse rate, ni de circulation collatérale. Radios : pas d'images de lésions pariétales visibles. GastroscoPie : très facile, tolérance à l'air bonne, kinésie normale, gastrite atrophique +++ du corps. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus, l'un avec hétérotopie, l'autre avec aspect intestinal. Sur le premier fragment, on remarque une réaction interstitielle plasmocytaire sans sclérose, et des lésions épithéliales avec desquamation d'une part, et assez nombreuses mitoses d'autre part. Le deuxième fragment est complètement modifié, mais il s'agit très probablement de fundus car on retrouve deux vestiges de cellules bordantes. Ce dernier fragment présente une infiltration massive du tissu interstitiel par des plasmocytes et des fibrocytes. Une sclérose est en cours d'organisation. Les tubes glandulaires s'effacent ; il y a 1 différenciation des tubes. Au total, gastrite mixte.

OBSERVATION N° 57 : D... Yvonne, 55 ans, cuivreuse.

- clinique : hospitalisée pour une pneumopathie aiguë avec toux, expectoration, fièvre à 39 ; disparition rapide de ces phénomènes par la pénicilline. D'autre part, éthyliisme évident. Depuis 5 ans, consommation quotidienne d'un litre 1/2 à 2 litres de vin ainsi que de deux apéritifs (elle aurait cessé de s'intoxiquer depuis quelques semaines). L'appétit est conservé mais la digestion reste lente ; quelques vomissements alimentaires tardifs ; douleurs de l'hypochondre droit. Foie ferme, débordant de 4 cms sous le rebord costal ; rate non percue ; pas d'ascite décelable ; pas d'oedème, pas

d'ictère, pas de tendance hémorragique. D'autre part, polynévrite avec parésie des membres inférieurs, crampes, atrophie des muscles des deux jambes, douleur à la pression des masses musculaires, abolition des achiliens, conservation des rotuliens, sensibilité profonde conservée ; cette polynévrite semble avoir été favorisée par une carence alimentaire et un déséquilibre nutritionnel. Laboratoire : Prothrombine à 62 % - Thymol : 32,5 - Gros : 1,5. Gastrosco-
pie : finalement assez facile malgré les craintes de la malade. Gastrite mamelonnée et érythémateuse du corps d'intensité modérée. Gastrobiopsie : un fragment d'oesophage montrant seulement des lymphatiques très dilatés ; aspect pratiquement normal. Trois fragments de muqueuse duodénale (cellules de Brünner typiques) montrant une réaction interstitielle scléreuse, avec atrophie des glandes, sans lésions épithéliales. Un fragment de muqueuse sous-cardiale avec une réaction interstitielle oedémateuse et plasmocytaire en surface, fibreuse en profondeur. Au total : cardio-bulbite interstitielle.

OBSERVATION N° 58 : D... Mohamed, 37 ans, manoeuvre.

- clinique : crise d'éthylisme aiguë chez un homme qui avoue par ailleurs une consommation quotidienne d'un litre et demi de vin, et qui fume 20 cigarettes par jour. Depuis deux mois, douleurs épigastriques semitardives, postprandiales. Laboratoire : protides totaux : 69,5 - sérine 43,5 - globuline 26 - cholestérol total 1,59 - estérifié 1,14 - E/T 0,71 - Prothrombine 65 % - Thymol 7 - Hanger positif - Radios : image de gastrite. Gastrosco-
pie : difficile en raison de la nervosité du malade ; hypersialorrhée de mucus considérable qui gêne l'examen. Gastrite érythémateuse diffuse. Gastrite mamelonnée très intense de tout le corps de l'estomac. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus avec hétérotopie. On remarque que les artéioles sont le siège d'une endothélite. Réaction interstitielle très modérée, avec quelques rares plasmocytes et quelques fibrilles collagènes. Desquamation cellulaire très marquée donnant des images de cylindres au niveau des culs-de-sac glandulaires et des collets des glandes. Au total : gastrite surtout épithéliale.

OBSERVATION N° 61 : C... Marie-Louise, 59 ans, concierge.

- clinique : hématomèses répétées chez une femme atteinte de cirrhose éthylique hypertrophique avec gros foie et grosse rate, pas d'ascite, pas de circulation collatérale. Laboratoire : cholestérol total : 1,15 ; estérifié : 0,66 ; E/T 0,57 - Protides totaux : 57,7 - Sérine : 35,7 - globuline 22 - Thymol 35 - R.C.T. posi

tif - prothrombine 100 % - B.S.P. 29,5 - 9 -
ponction-biopsie du foie : stéatose moyenne avec
sclérose. Radios : oesophage radiologiquement nor-
mal - splénoportographie normale. Gastroscopie :
assez facile. Gastrite atrophique portant surtout
sur la face antérieure. Visibilité des petits ca-
pillaires. Gastrobiopsie : un fragment de fundus
avec hétérotopie de surface. Réaction intersti-
tielle plasmocytaire avec oedème et exsudation fi-
brineuse, indiquant un début de sclérose. Image
de desquamation épithéliale en forme de cylindres
au niveau des culs-de-sac et des collets. En con-
clusion : gastrite mixte de moyenne intensité.

OBSERVATION N° 63 : H... Louis, 32 ans, manoeuvre.

- clinique : depuis 3 mois, douleurs épigastriques
à type de torsion et de brûlure, demi-tardives,
durant 10 à 15', journalières, sans vomissements.
Il y a un mois, deux hématemèses de sang noir, peu
abondantes. Il s'agit d'un éthylique (consom-
mation quotidienne de 2 litres de vin) - pituites
matinales ; foie débordant de 2 cms sous le rebord
costal. Radios : oesophage radiologiquement normal.
Estomac de bréviline présentant des irrégularités
de la P.C. verticale ; ouverture de l'angle car-
dial sur deux clichés. Gastroscopie : assez diffi-
cile car malade très nerveux et intolérant à l'air.
Gastrite érythémateuse et oedémateuse diffuse de
tout l'estomac. Gastrobiopsie : trois fragments
de fundus avec hétérotopie de surface. Grosses
lésions d'endothélite au niveau des artérioles.
Réaction interstitielle modérée avec épaississe-
ment de la trame conjonctive. Desquamation épithé-
liale peu intense avec cependant quelques aspects
en cylindres typiques. Au total : gastrite mixte.

OBSERVATION N° 65 : F... Joséphine, 40 ans, ouvrière d'usine.

- clinique : éthyliste depuis 7 ans (consommation
de 2 litres de vin et plus par jour) - (sans
apéritifs ni alcools) - Ictère il y a un an avec
gros foie, faisant porter le diagnostic de cirrho-
se hypertrophique anascitique. Ponction-biopsie
du foie : stéatose discrète. Actuellement anorexie
globale, nausées, pituite, brûlures épigastriques
et récemment hématemèse ; signes habituels d'éthy-
lisme : insomnie, cauchemars, etc... Radios :
petite hernie hiatale, reste de l'estomac normal.
Gastroscopie : assez facile malgré la nervosité
de la malade. Gastrite érythémateuse diffuse du
corps ; petite érosion sur la partie basse de la
P.C. Confirmation de la hernie hiatale. Gastro-
biopsie : un fragment de fundus. Réaction inters-

titielle avec nombreux plasmocytes. Epaississement de la trame conjonctive à la profondeur des culs-de-sac ; fibrilles collagènes (sclérose débutante). Les tubes glandulaires sont peu modifiés ; quelques images de desquamation très isolées. Au total : gastrite interstitielle avec début de sclérose.

OBSERVATION N° 68 : J... Victorine, 64 ans, blanchisseuse.

- clinique : ulcère de la P.C. sus-angulaire diagnostiqué il y a deux ans et demi, et confirmé à l'époque par gastroscopie. De plus, éthylysme. Il y a environ 5 mois, hématurie. Depuis, pesanteurs gastriques ; un nouveau traitement anti-ulcéreux est entrepris. Laboratoire : cholestérol total 3 g. Estérifié 2,15 E/T 0,71 - Protides totaux 92 o/oo ; sérum-albumine 40,5 ; sérum-globuline 51,5 ; A/G 0,79 - Thymol 5 - Céphaline positif - Gros 1,8 - Radios : angle ouvert et un peu rigide sur plusieurs clichés. Pas d'image de niche visible. Gastroscopie : facile, malade docile. Il n'a pas été possible de voir la face postérieure de l'antra ; saillie de la face postérieure angulaire. Possibilité soit d'une lésion, soit d'une cicatrice à ce niveau. Gastrite et antrite atrophiques marquées. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. dont l'un avec hétérotopie, l'autre avec métaplasie intestinale. On remarque un aspect congestif avec quelques petites suffusions hémorragiques. Il existe une réaction interstitielle marquée avec plasmocytes et corps de Russel. Desquamation endoglandulaire avec rétraction de certains noyaux. En conclusion : on est en présence d'une gastrite mixte.

OBSERVATION N° 74 : R... Andrée, 34 ans, brocheuse.

- clinique : éthylysme avéré. Hospitalisée pour coma avec quadriplégie. Anorexie. Pituites. Pas de signes fonctionnels d'ordre digestif. Gros troubles neurologiques ; marche difficile. Laboratoire : cholestérol total 1,67 - estérifié 1,17 - E/T 0,70 - protides totaux 7,65 o/oo ; sérum-albumine 41,20 - sérine 35,30 - S/G 1,17 - Gros : 1,65 - tubage gastrique : hypochlorhydrie. Gastroscopie : malade apeurée, très agitée. Gastrite catarrhale et érythémateuse du corps et de l'antra. Légère plaque d'atrophie au niveau de la face antérieure moyenne. Pas d'ulcération ni de néoformation gastroscopiquement décelable. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Les artérioles présentent des lésions d'endothélite importantes. On remarque une infiltration interstitielle plasmocytaire en surface. Les tubes glandulaires sont différenciés ; quelques cellules bordantes et principales évidentes de place en place. Au total : gastrite interstitielle.

OBSERVATION N° 74 bis : Cette observation concerne également la malade précédente, à laquelle fut faite une deuxième gastrobiopsie deux mois après la première. En voici le résultat : Un fragment de fundus ne dépassant pas le niveau du collet des glandes. Le fait essentiel est l'imprégnation plasmocytaire très dense du chorion superficiel, qui présente des caractères absolument semblables à ceux de la lère biopsie. Les quelques segments des culs-de-sac glandulaires figurant dans la préparation contiennent des cellules principales et bordantes, mais semblent légèrement étouffés par la réaction inflammatoire, et ceci de façon plus nette que dans le prélèvement précédent. (toutefois, cette constatation ne peut être présentée de façon précise et complète, en raison du caractère trop superficiel de la biopsie). On retrouve en somme ici les caractères d'une gastrite interstitielle subaiguë plasmocytaire, sans doute plus marquée que dans la première biopsie.

OBSERVATION N° 75 : L... Hervé, 59 ans, chaudronnier.

- clinique : anorexie globale, asthénie, amaigrissement de 14 kgs en 6 ans chez un ancien gastrectomisé pour ulcère. Radios : pas de lésions pariétales ; seulement moignon gastrique assez volumineux, avec gros plis. GastroscoPie : très facile ; gastrite érythémateuse à gros plis du moignon gastrique ; bouche normale. Pas de jéjunite décelable. Pas de fils résiduels. Hernie hiatale très probable. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus, avec hétérotopie. Présence d'une infiltration interstitielle avec plasmocytes, fibrocytes et fibres collagènes. Dedifférenciation des tubes glandulaires. Au total : gastrite mixte de moyenne intensité.

OBSERVATION N° 77 : C... Virginie, 56 ans, Cannière.

- clinique : hospitalisée pour délirium tremens. Ethylisme ++, facilement avoué. Trouble psychique important. Pas de troubles digestifs. Laboratoire : protides totaux 51,75 - serum-albumine 30,35 - serum-globuline 21,40 - S/G 1,41 - Gros 2,15 - tubage gastrique : hypochlorhydrie. GastroscoPie : extrêmement facile et complète. Estomac pâle dans son ensemble. Hypertrophie des plis dans le corps. Gastrobiopsie : deux fragments de muqueuse antropylorique et un fragment de muqueuse fundique. Celui-ci est caractérisé par une légère infiltration oedémateuse interstitielle, surtout au niveau du chorion superficiel. Son système glandulaire est assez court en cellules bordantes. Au total : gastrite interstitielle.

OBSERVATION N° 78 : P... Henri, 49 ans, employé à la Ville de Paris.

- clinique : douleurs épigastriques par périodes, à type de brûlures, non calmées par l'alimentation, ni par les alcalins ; asthénie. Aurait eu un ulcère de la P.C. il y a environ deux ans. Ethylisme non avoué mais cependant : insomnies, cauchemars, crampes musculaires, pituites matinales. Radios : on ne retrouve pas l'ulcère, il n'y a pas de lésions pariétales caractéristiques. GastroscoPie : examen très facile, malade docile ; tolérance à l'air bonne ; kinésie normale, partie basse normale ; légère gastrite mamelonée de la face postérieure du corps de l'estomac. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. On remarque une inflammation interstitielle ainsi qu'une desquamation endotubulaire. En conclusion, il s'agit d'une gastrite mixte.

OBSERVATION N° 79 : C... Julien, 59 ans, garçon de magasin.

- clinique : opéré d'une hernie hiatale il y a 15 mois. Revu il y a 1 mois, le malade ne souffre pas du tout de l'estomac, sauf quelques douleurs et tiraillements mais au niveau de la cicatrice. Il se plaint d'affaiblissement de la mémoire, d'asthénie, de nausées, de quelques pituites. L'état général est bon. Ethylisme. Radios : pas de récurrence de la hernie hiatale. Image de niche au niveau de l'angle, mais ne paraissant pas organique, car inconstante et sans raideur de voisinage. GastroscoPie : assez facile malgré la nervosité du sujet. Gastrite érythémateuse probablement d'origine éthylique. Pas de récurrence de la hernie hiatale. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Mise en évidence d'une sclérose collagène au niveau des culs-de-sac profonds. En surface, présence de plasmocytes. Les cellules bordantes sont rares et certaines présentent un noyau pycnotique. Au total, il s'agit d'une gastrite mixte.

OBSERVATION N° 81 : D... Germaine , 63 ans, employée du Métro

- clinique : hospitalisée pour polynévrite éthylique ancienne. GastroscoPie : la malade est très agitée. L'anesthésie a déjà été très difficile. L'introduction de la sonde à biopsie s'effectue normalement. mais dès que l'extrémité du gastroscope arrive à la hauteur de la luette, la malade présente une crise d'agitation qui fait renoncer de façon définitive à toute tentative d'examen gastrosopique. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Au niveau des artérioles, on remarque des lésions d'endothélite. Présence d'une inflammation interstitielle avec épaississement de la bande conjonctive entre musculaire-muqueuse et fonds des culs-

de-sac glandulaires, fibrilles collagènes ; plasmocytes. On note une rétraction de quelques cellules bordantes, avec quelques images de desquamation épithéliale. En conclusion : il s'agit d'une gastrite mixte d'intensité moyenne.

Au total, toutes ces observations se rapportant aux cas où il n'existe qu'une réaction moyenne du territoire glandulaire de la muqueuse gastrique, représentent le pourcentage de 43,2 %. Ces cas qui sont les plus nombreux, sont aussi ceux qui donnent le plus de renseignements histologiques ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant.

3) Cas où il existe une réaction intense du territoire glandulaire de la muqueuse gastrique :

Les observations concernant ces cas sont au nombre de 25 ; les voici :

OBSERVATION N° 13 : M... Paul , 43 ans, receveur à la R.A.T.P;

- Clinique : hématomèse de moyenne abondance. Ethylisme ++. Epistaxis. Gingivorragie. Cirrhose hypertrophique. Radios : concernant seulement l'oesophage qui ne présente ni lésions, ni varices. Gastrosco-
pie : examen rendu difficile par une intolérance à l'air presque totale et une sensibilité très grande de l'arrière gorge. Lac muqueux abondant, bilieux mais non sanglant. Gastrite mamelonnée, hypertrophique, intense du corps de l'estomac et de l'antré. Pas d'ulcération ni de néoformation gastroscopiquement décelable. Gastrobiopsie : un fragment de l'un-
dus avec hétérotopie de surface. Les artérioles sont le siège d'une endothélite. Présence d'une sclérose s'insinuant entre les culs-de-sac et plus importante dans la région interglandulo-musculaire. Desquamation épithéliale avec raréfaction des cellules bordantes. En conclusion ; il s'agit d'une gastrite mixte assez évoluée.

OBSERVATION N° 14 : B... Jean, 47 ans, chaudronnier.

- clinique : chez un tabagique (40 cigarettes par jour), et éthylique (un litre 1/2 de vin par jour), syndrome de dyspepsie hypersthénique depuis 6 mois avec crampes douloureuses épigastriques survenant

une heure après les repas, calmées par l'alimentation. Atteinte importante de l'état général avec amaigrissement de 8 kgs, mais conservation de l'appétit. Radios : sur des clichés datant de 6 mois, image gastritique diffuse avec gros plis et aspect en oméga de la P.C. Curieux aspect microdentelé de la grande courbure. Sur les clichés actuels, même aspect de gastrite sûre avec, en plus, possibilité d'ulcération de l'angle, car sur quelques clichés, existe une niche triangulaire d'ailleurs inconstante. Gastrosco-
pie : malade docile, mais présence d'une quantité très importante de mucus dans l'estomac qui souille l'objectif et gêne l'examen. Intolérance à l'air marquée. Enorme gastrite mamelonnée et hypertrophique de tout le corps de l'estomac. Pas de lésion néoplasique décelable. Antre non vu. Sphincter de l'antre mal visible. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Hétérotopie avec hypersecrétion. En surface, réaction lymphoplasmocytaire. Sclérose qui étouffe les tubes en profondeur. Image de desquamation épithéliale. En conclusion : gastrite mixte assez intense.

OBSERVATION N° 15 : E... Louis, 58 ans, manoeuvre.

- clinique : malade hospitalisé pour une hématomésose qui s'est répétée pendant trois jours environ. Amaigrissement depuis à peu près trois mois (10 kgs) Pesanteur épigastrique depuis quelque temps. Il s'agit d'un éthylique qui avoue une consommation de 2 litres de vin par jour, et d'un sujet qui chique 100 g de tabac à chiquer par jour. Il présente des doigts hypocratiques qui sont peut-être en rapport avec une affection bronchique (tousse et crache les hivers). Radios : antre suspect. Laboratoire : "complet hépatique" normal - Gastrosco-
pie : facile, gastrite atrophique de la face antérieure d'intensité modérée ; gastrite hypertrophique pseudo-tumorale de la face postérieure moyenne du corps de l'estomac. Lac muqueux bilieux. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Inflammation interstitielle très importante en surface, moins marquée en profondeur. Desquamation et rétraction des tubes glandulaires. Au total, gastrite mixte assez évoluée.

OBSERVATION N° 19 : L... Robert, 47 ans, sans domicile.

- clinique : long passé digestif et éthylique. Ancien colonial. Vu il y a deux ans pour des troubles gastriques. Est revu actuellement pour des troubles semblables. Radios : image de gastrite. Présence sur la P.C. moyenne d'une niche de caractère suspect. Déformations et raidleur de l'antre. Gastrosco-
pie : difficile en raison des antécédents éthyliques de ce malade. Tolérance à l'air médiocre (insufflation douloureuse).

Hypersécrétion muqueuse (liquide résiduel). Gastrite hypertrophique intense du corps de l'estomac. Rétrécissement sus-angulaire. Probabilité de lésions au niveau de la P.C. angulaire. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Présence d'une réaction interstitielle plasmocytaire ; quelques polynucléaires, quelques fibrocytes, nombreuses lames collagènes. Enorme atrophie épithéliale avec rétractions cellulaires et pycnose des noyaux. En conclusion : Grosse gastrite atrophique avec sclérose.

SERVATION N° 21 : Mr. S... , pas de notion d'âge ni de profession.

- clinique : gastrite éthylique chez un gastrectomisé. Gastrobiopsie : deux fragments dont l'un a un aspect intestinal avec sclérose entre les glandes, et l'autre est un fragment de fundus avec présence d'une sclérose interstitielle importante, culs-de-sac glandulaires avec rétraction cellulaire, pycnose des noyaux, images de desquamation. Au total, on est en présence d'une gastrite mixte de grande intensité.

SERVATION N° 24 : C... René, 50 ans, employé de commerce.

- clinique : chez un ancien tuberculeux pulmonaire douleurs épigastriques, immédiatement postprandiales, durant 4 ou 5 heures. Amaigrissement de 10 kgs en 3 mois. Anorexie élective pour les viandes. Pas de vomissements. Pas d'hématémèse. Pas de melaena. Ethylisme ++ avec foie un peu gros. Radios : spasmes antraux, pas d'atteinte pariétale profonde. GastroscoPie : malade très nerveux, distension gastrique difficile. Mucus important. Gastrite érythémateuse mamelonnée et probablement légèrement atrophique en certains points. Gastrobiopsie : un fragment de fundus avec hétérotopie. Présence d'une réaction interstitielle très marquée, avec plasmocytes en surface et sclérose collagène en profondeur. Lésions des tubes glandulaires avec desquamation et atrophie. Au total : gastrite mixte assez évoluée.

SERVATION N° 25 : P... René, 53 ans, commerçant.

- clinique : il y a un an, tuberculose pulmonaire avec BK +. il y a un mois, hématémèse et hémorragie intestinale assez importantes ayant entraîné une anémie vérifiée au laboratoire. Pas de signes fonctionnels digestifs. Foie dur ; indolent ; rate non palpable. Ethylisme très net (consommation de deux litres de vin par jour) . Laboratoire : protides totaux : 63, serum-albumine 39,5 - serum

globuline 23,5 - Cholestérol total 1,47- estérifié 1,06 - Thymol 7 - Hanger négatif - Prothrombine 85 ;
Radios : estomac à peu près normal. Aucun signe formel d'ulcère. Gastroscopie : facile. Présence de bile dans le bas-fond. Pas de lésion localisée de l'estomac, mais présence d'une gastrite diffuse hyperhémorragique, pétéchiiale avec visibilité veineuse importante qui est une cause sinon évidente, du moins favorisant la survenue de hémorragies. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Les artérioles sont le siège de phénomènes d'endothélite importants. Présence d'une grosse réaction fibreuse interstitielle formant des manchons entre musculaire-muqueuse et partie profonde des cul-de-sac glandulaires. Grand nombre de fibres collagènes ; quelques plasmocytes. Lésions épithéliales avec rétraction des cellules bordantes plus que des cellules principales. Au total : gastrite mixte assez évoluée.

(voir observations 30 et 31 page 65)

OBSERVATION N° 32 : C... Auguste, 49 ans, pâtissier.

- clinique : Ethylique avéré présentant un syndrome douloureux épigastrique plus gastritique qu'ulcéreux. Amaigrissement de 3 à 4 kgs. Radios : irrégularités de la P.C. haute. Lacune bulbaire plus en faveur d'un polype que d'un ulcère car il n'y a pas de niche centrale. Possibilité d'un noyau de pancréatite comprimant le bulbe. Gastroscopie : assez facile ; malade docile ; gastrite mamelonnée extrêmement intense, rarement rencontrée à ce degré, de toute la face postérieure du corps, et dont le maximum se trouve dans la région sous-cardiale. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus avec hétérotopie de surface. Présence d'une sclérose entre les tubes glandulaires et à la partie profonde de la muqueuse. En surface afflux important d'éléments lymphoplasmocytaires. Atrophie des tubes glandulaires et images de desquamation épithéliale. En somme, gastrite mixte à un stade assez avancé.

OBSERVATION N° 34 : K... Albert, 41 ans, pas de notion de profession.

- clinique : malade traité depuis 4 ans pour un syndrome ulcéreux avec succès - il y a un mois, reprise de ce syndrome avec vomissements et amaigrissement de 1 kg. Ethylisme ++. Radios : niche de l'angle mise en évidence il y a 4 ans et ayant disparu au bout de 1 mois. Actuellement persistance au niveau de l'angle d'une certaine raideur, avec, sur plusieurs clichés une encoche en regard qui peut évoquer un ulcère de face. Gastroscopie : facile. Tolérance à l'air bonne. Kinésie forte mais longue à apparaître. Antrite oedémateuse et atrophique importante. Gastrite mamelonnée importante de la face postérieure de l'estomac.

Gastrobiopsie : deux fragments de fundus avec hétérotopie de surface, et métaplasie en certains endroits. Desquamation endothéliale au niveau de certaines artérioles. Inflammation interstitielle intense lymphoplasmocytaire. Ebauche de sclérose. L'un des fragments à même un aspect atrophique, avec image d'atrophie glandulaire. Au total : on est en présence d'une gastrite mixte à un stade déjà avancé.

OBSERVATION N° 35 : C... Georges, 52 ans, couvreur.

- clinique : grand éthylique consommant plusieurs litres de vin et plusieurs apéritifs par jour. Polynévrite éthylique ayant débuté cliniquement il y a deux ans 1/2, à la suite d'un foyer pulmonaire. Crampes musculaires très anciennes. Depuis 3 mois, douleurs épigastriques à type de crampes, capricieuses, vomissements, assez bon appétit. Asthénie. Amaigrissement de 10 kgs en quelques mois. Foie débordant le rebord costal de 4 cms, lisse, ferme. Radios : signes certains de polynévrose antrale à l'examen radiologique. Gastroscopie : facile, malade docile. Lésion certaine prépylorique de la P.C. qui, étant donné le contexte radiologique, est certainement un néoplasme. Petite lésion ulcérée de la face postérieure au niveau de l'angle, de nature imprécise. Gastrite de stase et éthylique. Gastrobiopsie : un fragment de fundus avec hétérotopie. Réaction interstitielle plasmocytaire avec sclérose en voie de constitution. Dédifférenciation avec un aspect clair des bordures glandulaires (aspect pseudopylorique). Rares cellules bordantes. Images de desquamation épithéliale. Au total : gastrite mixte avec tendance atrophique.

OBSERVATION N° 36 : G... Paul, 45 ans, employé de presse.

- clinique : petites douleurs épigastriques depuis 3 ans, survenant 3 heures après les repas, durant 2 à 3 heures, très irrégulières, sans périodicité. Actuellement ces douleurs sont calmées par l'alimentation. Amaigrissement de 7 kgs en 3 mois. Asthénie Ethylisme. Radios : élargissement de l'angle, avec raideur au milieu de laquelle existe peut-être une petite niche. Quelques petites irrégularités de la P.C. par endroits. Gastroscopie : difficile, malade nerveux qui tousse facilement. Tolérance à l'air médiocre. Kinésie normale. Antrite érythémateuse à gros plis. Au niveau de la face postérieure angulaire, existence d'une ulcération au niveau d'un pli. Gastrite catarrhale et hypertrophique du corps de l'estomac. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Les artérioles sont le siège de phénomènes d'endothélite. Infiltration interstitielle plas-

mocytaire très marquée en surface. Sclérose en cours d'organisation en profondeur. Desquamation épithéliale très marquée. Au total, gastrite mixte importante.

OBSERVATION N° 39 : M... Adrien, 42 ans, manoeuvre.

- clinique : malade hospitalisé parce qu'il présente depuis 8 mois environ des brûlures quotidiennes, épigastriques, survenant d'une part, tôt après chaque repas, et d'autre part, la nuit vers 2 heures du matin. Ces douleurs ont été incomplètement calmées par le collargol, le régastrol, la belladone. La symptomatologie semble comporter une nuance dysphagique et l'éthylisme serait, d'après certains témoignages, assez important. Le malade semble avoir souffert il y a plusieurs années de douleurs assez analogues ; il aurait perdu 20 kgs en 1 an, mais a repris du poids depuis son hospitalisation. Radios : pas de lésions pariétales visibles. Gastroscope : examen très facile, complet. Tolérance à l'air excellente. Kinésie strictement normale. Estomac gastroscopiquement normal. Gastrobiopsie : cinq fragments de fundus. On remarque une infiltration entre le fond des culs-de-sac et la musculaire-muqueuse avec, par places, un afflux leucocytaire, et, ailleurs une sclérose collagène en fibrilles épaisses et serrées, et tout au contact de vaisseaux atteints d'endothélite évidente. Egalement, raréfaction des cellules bordantes, et images de desquamation épithéliale sous forme de cylindres nets. Au total : gastrite mixte surtout interstitielle, à un stade évolué.

OBSERVATION N° 40 : B... Théodore, 52 ans, magasinier.

- clinique : depuis un an, douleurs épigastriques sans irradiations, à type de crampes, survenant quotidiennement 1/2 heure à une heure après les repas, très fugaces, s'accompagnant de vomissements. Anorexie. Amaigrissement (15 Kgs). Tous signes apparus sur un terrain éthylique ++ (aveux d'intempérance) - hépatomégalie - ébauche de polynévrite. Radios : estomac hyperkinétique ; gros plis antraux. Gastroscope : très difficile comme l'on pouvait s'y attendre, chez ce malade obèse, bréviligne et éthylique. Nombreux dépôts de mucus et de salive. Pas de lésions ulcéreuses ou néoplasiques. Antrite et gastrite érythémateuse (+++). Gastrobiopsie : un fragment de fundus avec métaplasie intestinale complète avec plateau strié et cellules de Paneth ; mais on reconnaît des éléments bordants et principaux. Inflammation interstitielle très intense. Congestion des capillaires, et afflux lymphoplasmocytaire. En conclusion : gastrite épithéliale très intense et également interstitielle.

SERVATION N° 47 : F... René , 55 ans, maître d'hôtel.

- Clinique : éthylique avéré présentant depuis 4 ans une polynévrite des membres inférieurs. A la suite d'excès de boisson, a fait 2 ou 3 hématoméses de petite abondance. Gros foie ; par ailleurs, pas de troubles digestifs gastriques. Radios : antrite discrète et non certaine. Hernie hiatale par glissement. Pas de varices oesophagiennes certaines. Oesophagoscopie : légère oesophagite, non certaine. Pas de varices oesophagiennes endoscopiquement décelables. Gastroscoie : facile, malade édenté. Gastrite d'intensité modérée. Pas d'hypervascularisation gastrique. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. Les artérioles sont le siège de phénomènes d'endothélite. On remarque une inflammation interstitielle très intense avec présence de cellules rondes ; fibrocytes ; lames collagènes ; les culs-de-sac glandulaires sont atrophiés et dissociés. En conclusion : gastrite mixte très évoluée.

SERVATION N° 48 : A... Louise, pas de notion d'âge ni de profession.

- clinique : cirrhose hypertrophique avec antécédents d'éthylisme nets (consommation d'un litre de vin par jour et de nombreux apéritifs), chez une malade présentant, par ailleurs, une insuffisance aortique et un fibrome utérin volumineux. Gastrobiopsie deux fragments de fundus. Les artérioles sont le siège de phénomènes d'endothélite. Présence d'une sclérose interstitielle assez modérée entre les culs-de-sac glandulaires, mais très intense au niveau de la bande interglandulo-musculaire ; quelques plasmocytes et eosinophiles. Atrophie des tubes glandulaires. Desquamation épithéliale très poussée. Au total : il s'agit d'une forme de gastrite mixte à la fois interstitielle et épithéliale assez évoluée.

SERVATION N° 49 : W... René, 56 ans, barman.

- clinique : il y a 5 ans, apparition des troubles suivants : plénitudes postprandiales ; éructations importantes et constantes ; quelques douleurs apériodiques de siège épigastrique, irradiant à droite, sans aucun rythme ; pas de nausées ni de vomissements. Un traitement belladonné amène une certaine amélioration au bout d'un an. Mais depuis deux mois, reprise des mêmes troubles, ni plus violents ni plus fréquents. Ethylisme ++ avec tremblements, cauchemars crampes musculaires, gros foie. Amibiase contractée en 14-18, non traitée ; actuellement 3 ou 4 selles par jour. Radios : on discute une lésion antro-pylorique. Impression d'antrite. Possibilité de compression extrinsèque. Gastroscoie : facile, malade

édenté, docile. Gastrite érythémateuse diffuse. Antrite intense ; pas de lésions antrales profondes endoscopiquement décelables. Gastrobiopsie : un fragment de fundus avec hétérotopie de surface. Les artérioles sont le siège de lésions d'endothélite. Présence d'une sclérose très nette entre les culs-de-sac glandulaires profonds. Atrophie épithéliale et glandulaire. Au total : gastrite mixte assez évoluée.

OBSERVATION N° 54 : S... Armand, 43 ans, peintre en bâtiment.

- clinique : ce malade éthylique (déclare consommer 2 litres de vin par jour), a présenté il y a environ 5 mois, des douleurs épigastriques à type de crampes, sans horaire, intenses, de durée brève, fréquentes, irradiant parfois dans le dos. Par ailleurs, gros foie dur, oedème discret des membres inférieurs, léger subictère des conjonctives, tendance hémorragique, tous phénomènes constatés il y a à peu près deux mois. Actuellement, fatigabilité, amaigrissement progressif de 4 kgs en 3 mois. Radios, très gros plis de l'estomac, avec une image d'addition au niveau de la P.C. moyenne qui ne semble pas correspondre à une niche. Sur les clichés de vésicule, cette dernière est exclue mais il s'agit de radios après radiosélectan biliaire. GastroscoPie : malade très docile. Examen assez douloureux. Tolérance à l'air excellente. Kinésie normale. Lac muqueux d'abondance moyenne. Gastrite hypertrophique très importante, prenant un aspect parfois pseudo-tumoral. Pas d'ulcère ni de néoplasie décelables. Gastrobiopsie : un fragment de fundus. On met en évidence une réaction interstitielle nette avec un peu d'oedème ; nombreux plasmocytes ; quelques polynucléaires éosinophiles ; fibrocytes. Présence d'images de desquamation avec aspect de cylindres. Au total, gastrite épithéliale avec début de réaction interstitielle ; forme assez avancée.

OBSERVATION N° 59 : H... Paul, 58 ans, charbonnier.

- clinique : polynévrite pseudo-talétique. Ethylisme ++, avec consommation de deux litres 1/2 de vin par jour. Laboratoire : protides totaux 66 - sérine 39,7 - globuline 26,2. Radios : gastrite du corps avec petites irrégularités de la P.C. verticale. Antrite à gros plis. GastroscoPie : assez difficile au début mais finalement examen correct. Gastrite érythémateuse diffuse dans le corps de l'estomac, atrophie marquée de la face antérieure. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus, l'un avec hétérotopie par endroits, l'autre avec aspect intestinal (plateau strié). On remarque une réaction interstitielle très intense plasmocytaire et fibrocytaire avec un peu de substance collagène. Présence de nombreuses fibres musculaires lisses. On distingue deux ou trois cellules bordantes très altérées ; les glandes sont différenciées, réduites à

l'état de tubes, l'une est kystique. Disparition des éléments fonctionnels. Au total : gastrite atrophique.

OBSERVATION N° 64 : M... Anna, 60 ans, gardienne.

- clinique : malade éthylique. Hématémèse il y a un mois. Pas d'autres phénomènes digestifs par ailleurs. Radios : irrégularités de la P.C. sous-angulaire en regard, sur plusieurs clichés, d'une incisure de la grande courbure avec un gros pli transversal. Gastroscoie : malade docile, mais bréviligne à cou court ; un premier essai de gastroscoie échoue en raison de grosses difficultés au passage de la gorge. Au deuxième essai, on franchit la gorge, mais, environ à mi-oesophage, la malade signale des douleurs dorsales (omoplate gauche) ; on juge plus prudent d'arrêter l'endoscopie et on retire le tube. On note de très légères traces de sang sur l'extrémité inférieure du gastroscope. La malade est allongée, mise sous surveillance. Un interrogatoire plus approfondi apprend alors qu'elle présentait des douleurs dorsales avant l'examen. Gastrobiopsie : trois fragments de fundus avec hétérotopie de surface. Lésions d'endothélite au niveau des artérioles. Réaction interstitielle importante disloquant les glandes avec nombreux plasmocytes, présence de fibrilles collagènes. Desquamation épithéliale avec images de cylindres. En conclusion : gastrite mixte avec début de sclérose ; stade déjà évolué.

OBSERVATION N° 66 : J... Pierre, 35 ans, pas de notion de profession.

- clinique : syndrome dyspeptique ; gastrite éthylique ; éthylisme certain, mais imprécisé. Gastrobiopsie : un fragment de fundus avec quelques petits îlots hétérotopiques. Les vaisseaux ont un aspect normal. On note une réaction interstitielle avec présence de plasmocytes ; présence également de fibres collagènes (petite sclérose interstitielle). Les lésions épithéliales sont très marquées avec desquamation cellulaire prenant un aspect de cylindres ; il y a beaucoup de mitoses. En conclusion : il s'agit d'une gastrite essentiellement épithéliale de grande intensité.

OBSERVATION N° 70 : M... Marcel, 54 ans, pas de notion de profession.

- clinique : Ethylisme. Pas d'antécédents digestifs, Il y a deux mois, hématémèse. Aucun syndrome douloureux. Radios : peut-être niche prépylorique. Gastroscoie : gastrite érythémateuse à gros plis du

corps de l'estomac ; antrite associée. Gastrobiopsie un fragment de fundus avec présence de microhémorragies. Il existe une inflammation interstitielle très intense avec plasmocytes, corps de Russel, ainsi que histiocytes. Léger épaississement de la trame fibrillaire. Présence de lésions épithéliales avec desquamation cellulaire sous forme d'images en cylindres et portant aussi bien sur les cellules principales que sur les cellules bordantes. Au total, il s'agit d'une gastrite mixte évoluée.

OBSERVATION N° 76 : G... Paul; 51 ans, poseur de voie.

- clinique : hémorragie intestinale de sang noir. Pas d'antécédents de troubles digestifs, ni de douleurs épigastriques. Ethylisme modéré. Radios : gros plis de l'antré. Irrégularités de l'angle. Pas d'image de niche décelable. Gastroscoie : très facile - tolérance à l'air bonne - kinésie assez faible - lac muqueux assez abondant - gastrite hypertrophique de l'antré et du corps - pas d'ulcération décelable - Pas de saignement visible en gastroscoie. Gastrobiopsie : trois fragments de fundus avec hétérotopie. On trouve un amincissement de la paroi évoluant vers une véritable atrophie. Le système glandulaire est extrêmement réduit mais on identifie cependant quelques culs-de-sac où persistent de rares cellules bordantes. Les glandes raréfiées sont séparées par une inflammation interstitielle avec afflux plasmocytaire. Il s'agit donc d'une gastrite mixte, interstitielle et épithéliale, évoluant vers l'atrophie avec raréfaction des éléments différenciés.

OBSERVATION N° 83 : G... Eugène, pas de notion d'âge ni de profession.

- clinique : éthylisme chez un sujet présentant un syndrome endocrinien type Basedow. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus. Présence d'une réaction interstitielle avec phénomènes congestifs et hémorragiques surtout en surface. Sclérose en cours d'organisation. Présence de plasmocytes. Lésions épithéliales avec rétraction des cellules bordantes ; desquamation et atrophie de certains tubes glandulaires. En conclusion, gastrite mixte évoluant vers l'atrophie.

SERVATION N° 30 : L.... Roger, 29 ans. Pas de notion de profession.

- gastrite éthylo-tabagique. Gastrobiopsie : deux fragments de fundus avec hétérotopie caliciforme très poussée. Mise en évidence d'une sclérose interstitielle avec faisceaux de fibrocytes. Desquamation épithéliale avec nombreuses images de cylindres. Au total : gastrite mixte assez évoluée.

SERVATION N° 31 : R..... Robert, 53 ans, emballleur.

- clinique : se plaint de meloena passagers, non vérifiés, durant 2 ou 3 jours. Vomissements alimentaires passagers également (2 à 3 à 8 jours d'intervalle). Pas de phénomènes douloureux à part une douleur minime très tardive depuis peu de temps, au creux épigastrique. Gros foie. Ethylisme : boit un litre de vin par jour. Fume également 10 cigarettes par jour. Amaigrissement de 1 kg en 15 jours. Radios : antrobulbite très légère. Gastrosco-
pie : facile; malade édenté et docile; lac muqueux bilieux. Antrite nette sans fundite, érythémateuse et catarrhale. Gastrobiopsie : deux fragments dont l'un est inlocalisable. Le deuxième appartient à la muqueuse fundique, et est en dédifférenciation. On y remarque une sclérose interstitielle très marquée. Au total : gastrite mixte évoluée.

Au total, toutes ces observations concernant les lésions du territoire glandulaire de la muqueuse gastrique sous-jacentes à des formes de grande intensité, représentent le pourcentage de 30,8 %.

o

o

o

- C H A P I T R E I V -

RESULTATS DES GASTRO - BIOPSIES

Ayant classé nos différentes biopsies gastriques, nous sommes maintenant en mesure de pouvoir en discuter les résultats qu'elles nous ont apportés.

Dans ce chapitre, nous allons tenter d'analyser les différentes lésions de la muqueuse gastrique des alcooliques que nous avons rencontrées chemin faisant ; puis nous verrons si ces lésions sont spécifiques ou non de l'alcoolisme ; enfin nous essaierons de montrer comment on peut les interpréter.

Nous tenons à remercier très vivement R. LAUMONIER qui a bien voulu examiner toutes nos préparations. Le chapitre suivant a été entièrement rédigé sous sa direction.

- A -

Analyse des différentes lésions histologiques de la muqueuse gastrique des alcooliques.

Un fait se dégage d'emblée de l'observation de nos comptes-rendus histologiques : il faut distinguer

- d'une part, les lésions superficielles atteignant l'épithélium de surface et le chorion superficiel
- d'autre part, les lésions glandulaires de la muqueuse.

Etudions donc ces deux sortes de lésions .

I /. Lésions superficielles

Lésions de surface, elles comprennent deux manifestations principales :

1) une hétérotopie, avec généralement une hyperproduction de mucus ; cette hétérotopie ne s'associe que rarement à une métaplasie intestinale. Dans nos préparations, nous avons trouvé 38 fois une hétérotopie, ce qui représente un pourcentage de 46,3 %. 12 fois cette hétérotopie s'accompagnait d'hyperproduction de mucus, soit près d'une fois sur trois. La métaplasie intestinale n'a été constatée que 7 fois, c'est-à-dire dans un pourcentage de 8,5 %, encore faut-il tenir compte du fait que dans ces 7 cas nous comprenons 2 cas d'observation concernant des sujets autopsiés.

2) une réaction du chorion , qui est une réaction inflammatoire avec congestion et oedème, et une multiplication cellulaire surtout plasmocytaire. Ces modifications ont été relevées 12 fois par nous, soit dans un pourcentage de 64,1%. En général on ne rencontre jamais de sclérose superficielle.

II /. Lésions de la partie glandulaire de la muqueuse.

Elles constituent les réactions de la partie nodulaire de la muqueuse. Comme on l'a vu dans le précédent chapitre, c'est après l'intensité de ces réactions que nous avons classé nos observations. Nous avons mis ainsi en évidence trois catégories de lésions que nous répétons ici :

- tantôt le territoire glandulaire n'est pratiquement pas modifié,
- tantôt on ne retrouve qu'une réaction moyenne donnant lieu qu'à des lésions mineures,

- tantôt enfin, il s'agit d'une réaction intense déterminant ce qu'on pourrait appeler les formes lésionnelles de grande intensité.

Nous nous proposons d'examiner de façon plus détaillée chacune de ces trois catégories.

1) Territoire glandulaire pratiquement pas modifié :

C'est dans ces cas que l'on trouve :

- quelques cellules bordantes rétractées
- quelques noyaux pycnotiques.

Nous avons trouvé ces modifications dans une proportion de 17,2 %. Encore faut-il tenir compte de la valeur inégale des fragments de la gastro-biopsie ; et nous voulons insister encore une fois sur ce que nous avons déjà signalé : un seul fragment de la muqueuse est insuffisant pour porter une conclusion définitive ; il est nécessaire d'en retirer plusieurs. C'est dire l'importance d'effectuer plusieurs prélèvements.

2) Lésions mineures ou moyennes :

Ce sont les formes moyennes qui sont les plus intéressantes car elles permettent de mettre en évidence les premiers remaniements de la muqueuse. Ces remaniements consistent en :

- modifications de l'épithélium glandulaire.
- modifications du mésenchyme ou tissu interstitiel.

Nous allons les envisager successivement, puis nous essaierons de voir les rapports qui peuvent exister entre elles.

a) - Modifications de l'épithélium glandulaire :

Les techniques que nous avons utilisées ne nous permettent d'envisager seulement ici que des modifications morphologiques générales, sans pouvoir apprécier les modifications cellulaires de détail, ce dont il convient de nous excuser. Quoi qu'il

en soit, ces modifications morphologiques purement générale donnent tout de même des renseignements précieux.

= d'une part, relative raréfaction des éléments bordés par rapport aux éléments principaux. Nous avons personnellement trouvé ce phénomène dans une proportion de 16 %.

= mise en évidence de lésions dégénératives ne frappant pas la totalité des tubes glandulaires, mais apparaissant par places (homogénéisation du protoplasme, pycnose du noyau). Mais surtout et c'est là le fait qu'il convient de souligner avec force, la signature lésionnelle fondamentale est donnée par des images de desquamation cellulaire qu'on ne peut s'empêcher de comparer à celles qui se produisent au niveau des tubes contournés du rein atteints de néphrite épithéliale, avec tous les degrés possibles depuis la desquamation cellulaire isolée jusqu'à l'apparition de véritables cylindres faits de 2 ou 3 éléments, et quelquefois même de toute la périphérie du tube glandulaire, certains caractères permettant parfois de reconnaître encore cellules principales et cellules bordées. En ce qui concerne nos préparations, nous avons rencontré ces phénomènes de desquamation dans une proportion de 66,3 % suivant la comparaison avec les images de néphrite épithéliale. On peut même déceler des aspects d'élargissement des tubes glandulaires qui, normalement très étroits, présentent dans les coupes une lumière largement perméable. Enfin, on peut noter en passant que ces modifications glandulaires peuvent aller de pair avec une hétérotopie de surface, sans d'ailleurs que l'on puisse vraiment en conclure. Pour nous, nous avons noté cette association dans une proportion de 46,1 %.

b) - Modifications du tissu interstitiel :

Ces modifications portent sur trois éléments :

- les cellules
- les vaisseaux
- la substance fondamentale.

Mais avant d'envisager ces trois éléments de façon plus précise, il convient de formuler une remarque d'ensemble : les modifications comprises entre les culs-de-sac glandulaires n'ont pas partie liée avec celles portant sur le chorion superficiel.

= Modifications des cellules : ce sont des modifications relativement discrètes, et cette discrétion des afflux cellulaires du chorion profond s'oppose à ceux du chorion superficiel. Les éléments que l'on rencontre sont :

- des plasmocytes
- des histiocytes, en petit nombre
- quelquefois des lymphocytes, avec ce point particulier qu'il y a rarement des ilots lymphoïdes.
- enfin des fibrocytes, en petit nombre également.

Dans l'ensemble donc, il y a une discrétion de ces éléments qui sont peu étendus sans grande densité. On ne trouve pas de disjonction des culs-de-sac glandulaires comme dans certaines grosses gastrites interstitielles rencontrées dans d'autres processus inflammatoires.

= Modifications des vaisseaux : un fait très frappant est qu'il n'y a pas de manchons inflammatoires périvasculaires. Leurs modifications très fréquentes ; il n'y a pas de lésions dégénératives de la média artériolaire ; par contre, les lésions rencontrées sont constituées presque constamment par des modifications de l'intima des artérioles ou de l'endothélium des capil-

laïres. Ce sont donc des lésions d'endothélite, avec toutes nuances, depuis le simple gonflement de la cellule endothéliale jusqu'à sa mobilisation dans la lumière du vaisseau, sans y ait jamais d'ailleurs de thrombose. Ces modifications vus ont été retrouvées par nous 25 fois, soit dans un pourcentage de 30,8 %. En réalité, ce pourcentage est certainement en de la vérité, car nous n'avons retenu que les cas les plus quantitatifs.

= Modifications de la substance fondamentale : dans une variété d'intensité moyenne, il n'y a pas encore de sclérose. Les faits sont notables :

- tout d'abord, l'observation attentive montre fréquemment de fines fibrilles fibrineuses nageant dans une quantité d'oedème interstitiel.

- d'autre part, on voit se former quelques fibres collagènes.

Ces faits ont été observés par nous 18 fois, dans un pourcentage de 22,2 %.

Remarquons qu'il n'est pas possible sur les éléments utilisés de voir s'il s'agit d'un métamorphisme de la substance ou d'une précipitation directe de collagène au contact des cellules conjonctives.

c) - Rapports entre les modifications épithéliales et mésenchymateuses :

Sans chercher à établir une liaison histogénétique entre les modifications portant sur l'épithélium glandulaire et sur celles du mésenchyme, il est intéressant toutefois de connaître les fréquences se font ces modifications et leurs rapports. Nous avons trouvé les résultats suivants :

= Modifications épithéliales : 68 cas = 83,9 %.

les comprennent :

- les cas de rarefaction des cellules bordantes par rapport
principales = 16 %
 - les images de desquamation = 66,6 %
 - les images de dédifférenciations glandulaires = 12,3 %
 - les images d'atrophie = 6,1 %
- = Modifications interstitielles : 74 cas = 91,3 %

les comprennent :

- les modifications cellulaires = 64,1 %
- les modifications vasculaires = 30,8 %
- les modifications de la substance fondamentale = 22,2 %

Ces résultats montrent que :

d'une part, les modifications interstitielles sont sensiblement plus fréquentes que les modifications épithéliales (91,3 % contre 3,9 %).

d'autre part, les modifications épithéliales à type de desquamation (66,6 %) sont les plus fréquentes, avant les modifications cellulaires (64,1 %) et les modifications vasculaires (30,8 %).

3) Formes de grande intensité :

Ce sont dans ces formes, moins nombreuses que les formes moyennes (25 contre 35), que l'on est amené à rencontrer l'atrophie de la muqueuse.

Nous ne reviendrons pas sur les modifications observées au niveau du territoire superficiel : à cette période, les plasmocytes sont associés à des fibrocytes et à des fibres collagènes. Par contre, nous reprenons l'analyse du territoire profond, en étudiant successivement l'élément glandulaire et l'élément mésenchymateux.

a) L'élément glandulaire :

A ce stade on note deux modifications majeures :

- l'atrophie glandulaire avec quelquefois une transformation kystique (5 cas = 6,1 %)
- la dédifférenciation glandulaire avec effacement des cellules principales et bordantes (10 cas = 12,3 % les tubes deviennent plus sinueux et se montrent circonscrits par des cellules claires d'aspect pylorique. (Etant bien entendu qu'il ne s'agit pas d'un territoire antro-pylorique vrai, et que le prélèvement fundique peut être affirmé par la persistance de quelques rares cellules bordantes).

b) L'élément mésenchymateux :

Il est ici dominé par l'importance de la fibrose collagène qui réalise une sclérose chorionique à des degrés divers. Pour nous, cette sclérose du chorion s'est présentée 47 fois, soit dans une proportion de 58 %. Il convient de préciser que cette fibrose occupe deux territoires différents :

- le chorion situé entre les culs-de-sac glandulaires
- la bande conjonctive comprise entre le fond des culs-de-sac et la musculaire-muqueuse, ou zone interglandulo-musculaire.

Entre les culs-de-sac, on peut avoir tous les degrés de sclérose, depuis la très mince coulée collagène qui écarte les glandes jusqu'à la bande fibreuse épaisse donnant un aspect "cirrhotique".

La zone interglandulo-musculaire peut également devenir épaisse : alors que normalement, la partie déclive des culs-de-sac affleurent les plans superficiel de la musculaire muqueuse,

ici on voit des faisceaux collagènes qui engainent les artérioles, qui sont parfois ponctués par quelques éléments inflammatoires plasmocytaires, et qui peuvent former une bande continue sur laquelle viennent se brancher les fibres interséculaires.

Telles sont les différentes données histologiques que nous pouvons retirer de l'étude de nos préparations. Sont-elles spécifiques ou non de l'alcoolisme ? Nous allons en discuter dans le paragraphe suivant.

- B -

Ces lésions sont-elles spécifiques ou non de l'alcoolisme ?

A cette question, nous croyons pouvoir répondre par la négative : l'histologie des gastrites éthyliques ne présente pas un caractère pathognomonique.

Les beaux travaux de M. VILLARET, J. BESANCON & P. KLOTZ ont montré que les gastrites éthyliques n'étaient pas sans rapport avec un déséquilibre alimentaire entraînant une carence d'apport, en particulier en vitamines (surtout vitamine B₁.) Or, on connaît la responsabilité des avitaminoses dans les altérations de l'estomac, leur rôle prépondérant dans la genèse des gastrites des maladies de carence.

Ainsi ne s'étonnera-t-on pas de pouvoir rencontrer des analogies étroites entre la structure de la muqueuse gastrique des alcooliques et celle des sujets carencés.

L'observation suivante, qui nous a été très aimablement communiquée par le Docteur J.P. HARDOUIN, illustre parfaitement cette notion :

OBSERVATION : A... Mustapha, manoeuvre, 28 ans.

Clinique : ulcère du bulbe duodénal, avec symptomatologie classique. Il s'agit par ailleurs d'un N.A. en France depuis plus de 4 ans et vivant dans de mauvaises conditions matérielles précaires ; carence mentale certaine ; ne boit pas d'alcool mais vingt cigarettes par jour. Gastrobiopsie : siégeant dans le corps et le fondus. L'épithélium de surface, hépatique, est en hypersécrétion. Les glandes sont réduites par une réaction interstitielle modérée, de lymphocytes et de plasmocytes en surface, lamelles collagènes en profondeur. Beaucoup d'elles présentent une atteinte épithéliale avec squamisation. On reconnaît cependant les différents types cellulaires avec une certaine tendance à la dédifférenciation. Ce sont là les caractères d'une gastrite interstitielle et épithéliale dont, on le voit, la symptomatologie est assez identique à celle d'une gastrite chronique.

Ainsi cette observation montre bien que la gastrite alcoolique ne détermine pas de lésions anatomiques spécifiques.

Mais la constatation de telles lésions a cependant une grande valeur : c'est surtout dans l'éthylisme qu'elles se rencontrent.

Il nous reste maintenant à les interpréter ; nous tenterons de le faire dans le paragraphe suivant.

- C -

Essai d'interprétation d'histogénèse des lésions observées au niveau de la muqueuse gastrique chez les éthyliques

Pour la compréhension de ces lésions, l'étude des muqueuses correspondantes aux cas évolués, n'est pas d'un grand secours, étant donné l'importance des modifications du tissu épithélial, et du tissu conjonctif.

C'est donc aux formes discrètes et de moyenne intensité qu'il faut faire appel.

Trois faits remarquables peuvent être établis :

1°/ Le point névralgique est constitué par la partie profonde de la muqueuse, c'est-à-dire celle correspondant au territoire des cul-de-sac glandulaires, tandis que la partie superficielle entre les collets des glandes, ne présente que des changements d'aspect très commun (hypercrinie ; hypersécrétion de l'épithélium de revêtement).

2°/ Au niveau de ce territoire profond existent deux changements morphologiques qui apparaissent plus spécialement notables :

- les changements épithéliaux, avec les images de desquamation dont on souligne encore ici la ressemblance avec les images de desquamation observés dans le rein au cours des néphrites épithéliales.

- et d'autre part, les modifications artériolaires à type d'endothélite.

Ces deux ordres de fait contrastent avec la participation modérée de la réaction inflammatoire profonde.

Il n'est pas possible, objectivement, d'aller plus loin, et d'affirmer, en particulier, une précession de l'endothélite par rapport à l'atteinte épithéliale, ou inversement. Il semble bien cependant, que ces phénomènes soient simultanés.

3°/ Quoi qu'il en soit, c'est à partir de ces modifications initiales que se réalise la sclérose chorionique des stades évolués, sclérose de caractères plus dystrophiques qu'inflammatoires, s'organisant autour des artérioles et entre les glandes.

Au total, des faits que nous avons observés se dégage l'idée d'une atteinte initiale artériolaire et épithéliale, suivie d'une organisation fibreuse secondaire.

Iconographie

Les photographies qui suivent illustrent ce que nous venons de dire. Elles n'ont pas été "spécialement choisies" parmi nos préparations : d'autres, prises au hasard, présentent le même intérêt ; elles n'ont été retenues que parce qu'elles semblaient se prêter mieux à la photographie.

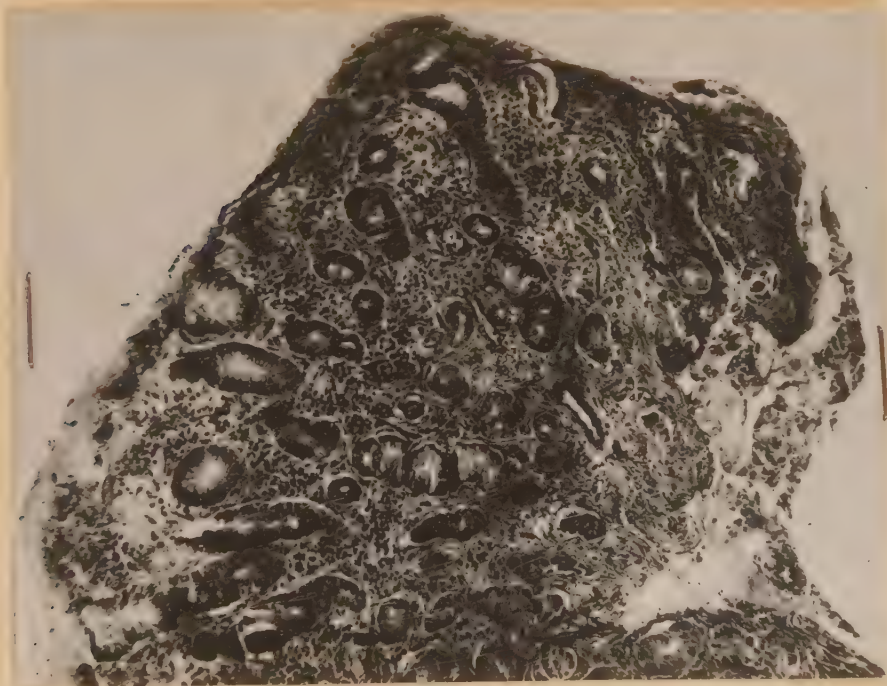


Fig. I - Contraste entre l'aspect inflammatoire cellulaire du chorion superficiel et la sclérose du chorion profond.
(forme évoluée)

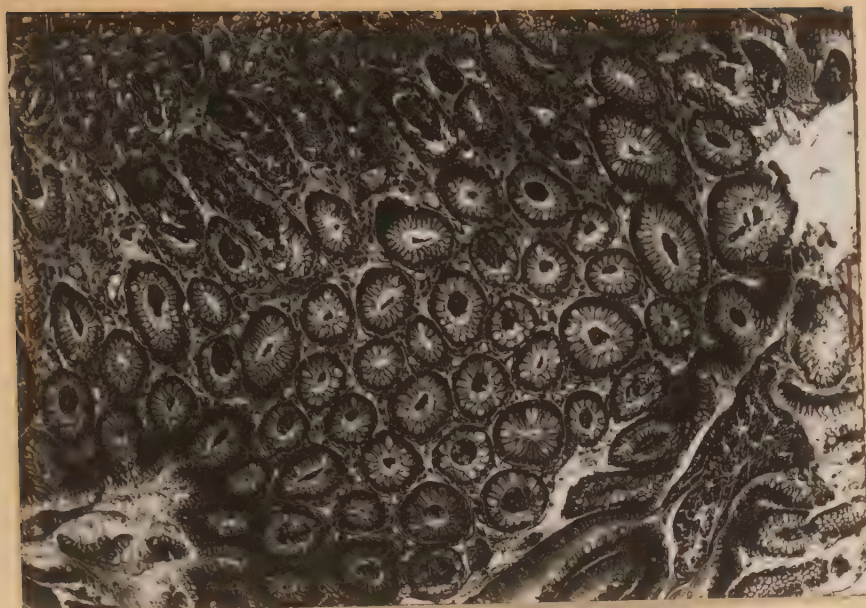


Fig. 2 - Images de "cylindres" épithéliaux avec des noyaux pyknotiques dans les collets des glandes fundiques.



Fig. 3 - Zone "intermusculo-glandulaire" (entre partie profonde des culs-de-sac et musculaire-muqueuse). Image d'endothélite artériolaire. Ebauche de sclérose collagène. (Même coupe que fig. 2).

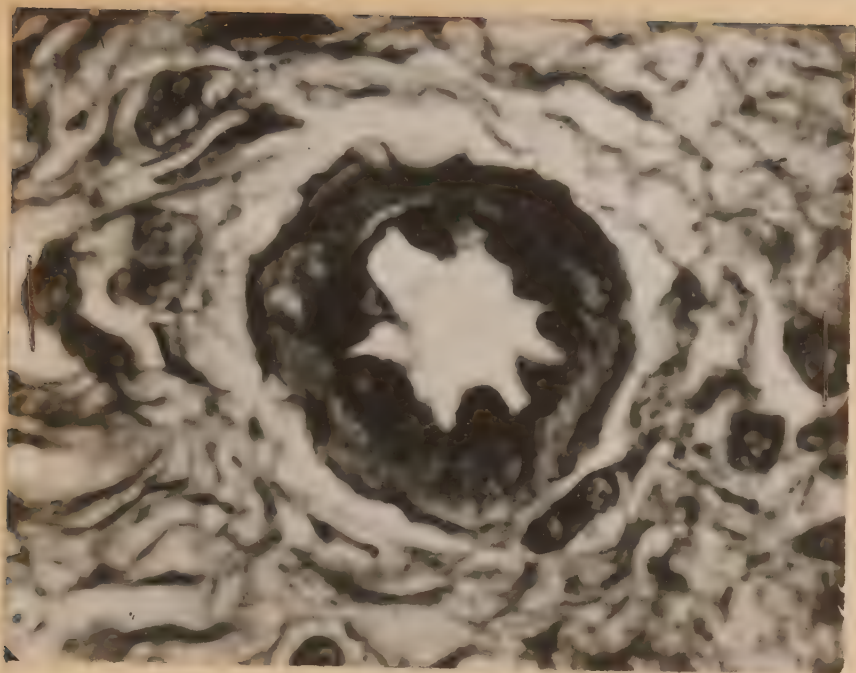


Fig. 4 - Détail d'une artériole du chorion profond.

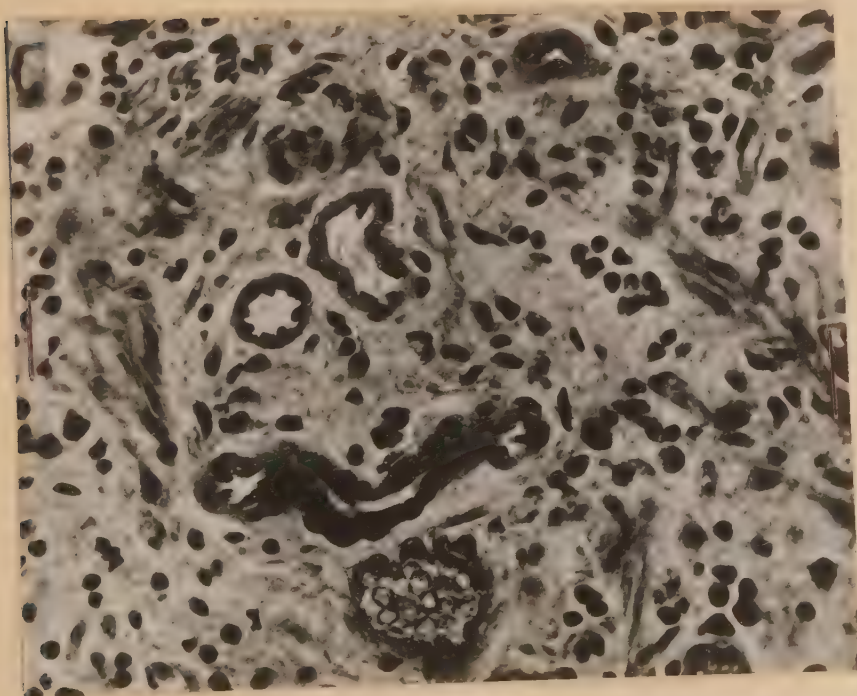
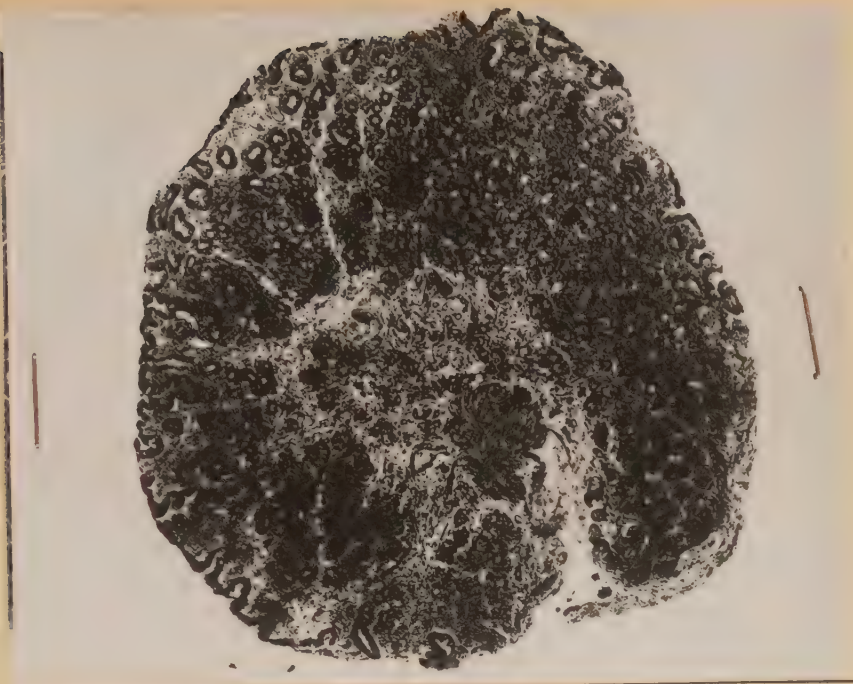


Fig. 5 - Détail des modifications artériolaires ; gonflement des cellules endothéliales.



g. 6 - Contraste entre la densité de la sclérose profonde, "interglandulo-musculaire", et le caractère modéré de la sclérose interglandulaire.



g. 7 - Réaction scléreuse prépondérante de la zone "interglandulo musculaire", contrastant avec l'intégrité du tissu interstitiel séparant les culs-de-sac.

2
2

1
1

2
2

1
1



Fig. 8 - Atrophie des glandes et sclérose à la fois interstitielle et "intermusculo-glandulaire". (Forme évoluée)

)
)

(
(

- C H A P I T R E V - ---

COMMENTAIRES

Nous nous proposons dans ce dernier chapitre d'exposer les rapports existant entre les modifications histologiques de la muqueuse gastrique des alcooliques, et les signes cliniques, radiologiques, biologiques, et gastroscopiques enfin, rencontrés chez ces mêmes alcooliques.

En d'autres termes, nous voudrions confronter ces différents éléments, et essayer de dégager les concordances ou les discordances existant entre eux.

Ceci va nous conduire à faire 4 confrontations successives :

- anatomo-clinique
- anatomo-radiologique
- anatomo-biologique
- anatomo-gastroscopique.

- I -

CONFRONTATION ANATOMO-CLINIQUE

L'intoxication alcoolique entraîne des symptômes éminemment variés, et, nous avons déjà insisté, ne dépendant absolument pas de la quantité d'alcool ingérée.

Déjà, dans le premier chapitre, nous y avons fait une énumération de ces différents symptômes en indiquant leur impor-

tance relative, d'après leur pourcentage. Il s'agissait en somme d'une analyse ; nous voudrions maintenant faire une synthèse, c'est-à-dire, essayer de voir comment peuvent se grouper les différents signes cliniques et suivant quelle fréquence.

Les uns sont d'ordre général : amaigrissement, asthénie anorexie. Les autres de caractère digestif, sont le plus souvent très banaux.

Schématiquement, on peut distinguer différents syndrômes qui réalisent :

- les dyspepsies hypersthéniques avec douleurs à type de brûlures postprandiales, précoces et irrégulières.
- les dyspepsies hyposthéniques, avec sensation de ballonnement, de distension, éructations, somnolence postprandiales.
- Les syndrômes de caractère ulcéreux, avec douleurs tardives ou semi-tardives, évoluant par périodes, peu régulières.

A ces syndrômes peuvent s'associer :

- des hémorragies digestives.
- des désordres hépatiques, qu'il s'agisse d'une cirrhose authentique, ou simplement de la constatation d'un foie hypertrophié, isolé, non dur.
- des phénomènes nerveux, polynévrites en particulier.

Par ailleurs enfin, il est des cas, en nombre non négligeable, il convient de le souligner, où malgré une imprégnation éthylique évidente les signes cliniques sont nuls.

La fréquence de ces différentes manifestations cliniques est indiquée dans le tableau suivant qui a été dressé d'après 72 Observations cliniques auxquelles correspondent 72 compte-rendus anatomo-pathologiques.

	Syndrômes hypersthéniques	Syndrômes hyposthéniques	Syndrômes de caractère ulcéreux	Hémorragies digestives	Manifestations hépatiques	Polynévrites	Absence de troubles digestifs
Nombre de malade	19	12	14	22	24	12	13
Pourcentages	25,3%	16,6%	19,4%	30,5%	33,2%	16,6%	18%

Nous voyons ainsi que les phénomènes hépatiques semblent les plus fréquents (1 malade sur 3). Mais les hémorragies digestives sont à peu près aussi fréquentes (cette fréquence s'explique par le fait que notre statistique est une statistique de gastroscopiste, ainsi que nous l'avions déjà signalé). Viennent ensuite les syndrômes hypersthéniques (1 malade sur 4). Enfin, à peu près à égalité (un peu moins d'un malade sur 5) nous trouvons les syndrômes de caractère ulcéreux, les cas ne s'accompagnant pas de troubles digestifs, les syndrômes hyposthéniques et les polynévrites.

Mais en définitive, les chiffres de cette statistique ne présentent véritablement pas de gros écarts, et il ne semble pas que l'on puisse formellement affirmer qu'un syndrome soit nettement plus prépondérant qu'un autre.

En tous cas, ces proportions ne paraissent pas en accord avec celles de TARANTO, élève de LAMBLING, qui, dans son Mémoire de 1950, déclare retrouver un syndrome hyposthénique dans un tiers des cas, alors que les syndrômes hypersthéniques seraient moins fréquents.

Quoi qu'il en soit, nous voudrions maintenant essayer de nous rendre compte si l'intensité des lésions de la muqueuse gastrique est constante ou non dans chacune des manifestations cliniques que nous venons d'envisager. Le tableau suivant va nous y aider.

	Syndrômes hypersthéniques	Syndrômes hyposthéniques	Syndrômes de caractère ulcéreux	Hémorragies digestives	Manifestations hépatiques	Polynévrites	Absence de troubles digestifs.
Nombre global de malades	19	12	14	22	24	12	13
Nombre de cas correspondant à des lésions minimes	6 = 31,5 %	1 = 8,3 %	5 = 35,7 %	5 = 22,7 %	2 = 8,3 %	4 = 33,3 %	3 = 23 %
Nombre de cas correspondant à des lésions moyennes	5 = 26,3 %	9 = 75 %	6 = 42,8 %	10 = 45,4 %	13 = 54,1 %	4 = 33,3 %	4 = 30,7 %
Nombre de cas correspondant à des lésions intenses	8 = 42 %	2 = 16,6 %	3 = 21,4 %	7 = 31,8 %	9 = 37,5 %	4 = 33,3 %	6 = 46,1 %

L'étude de ce tableau nous permet de faire plusieurs constatations :

• Les syndrômes hypersthéniques vont le plus souvent de pair avec des lésions anatomiques intenses (42%) ; mais les lésions minimes (31%) et moyennes (26%) sont également en forte proportion, si bien qu'il est assez difficile de porter une conclusion définitive.

• Les syndrômes hyposthéniques semblent plutôt l'apanage des lésions anatomiques d'intensité moyenne (75%), alors que les lésions

intenses sont assez loin derrière (16%) et les lésions minimales encore plus loin (8 %).

= Les syndrômes de caractère ulcéreux sont le plus souvent accompagnés de lésions anatomiques moyennes (43%). Cependant on trouve aussi en proportion importante des lésions minimales (36%) et des lésions intenses (21%). Comme pour les syndrômes hypersthéniques, il semble donc difficile de pouvoir dégager de ces chiffres une conclusion véritablement formelle.

= Les hémorragies digestives présentent des proportions plus tranchées : près de la moitié correspondent à des lésions moyennes, près du tiers à des lésions intenses, le cinquième environ à des lésions minimales.

= Egalement plus nets sont les pourcentages des manifestations hépatiques puisque plus de la moitié sont en rapport avec des lésions moyennes, plus du tiers avec des lésions intenses, le dixième environ avec des lésions minimales.

= Les polynévrites ont une répartition rigoureusement semblable dans chacune des trois catégories lésionnelles : 33 % .

= Les cas enfin, où il n'y avait pas de troubles digestifs, se répartissent d'une façon assez paradoxale :

- 46% s'accompagnent de lésions intenses
- 31% de lésions moyennes
- 23% de lésions minimales.

Au total, ces différentes constatations nous permettent de retenir :

1°/ qu'il existe une variété assez grande de syndrômes ayant une même traduction anatomo-pathologique.

2°/ qu'on peut pourtant peut-être mettre en évidence

- une légère prédominance des formes lésionnelles

observées. Reprenant les trois catégories lésionnelles habituelles de notre classification, nous distinguerons :

1/ les cas où la muqueuse gastrique présente des lésions d'intensité minime : il y en a 15

- 6		correspondent à un aspect radiologique gastritique	= 40 %
- 6	"	" " " normal	= 40 %
- 3	"	" " pathologique autre	= 20 %

(parmi ces trois cas figurent une sténose pylorique et deux achalasies antrales)

2/ les cas où la muqueuse présente des lésions d'intensité moyenne
il y en a 26

- 15		correspondent à un aspect radiologique gastritique	= 58 %
- 6	"	" " " normal	= 23 %
- 5	"	" " pathologique autre	= 19 %

(parmi ces 5 cas figurent deux ulcères, une hernie hiatale par glissement, un prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duo dénum, et une achalasie antrale).

3/ les cas où la muqueuse gastrique présente des lésions de grande intensité : il y en a 17

- 13		correspondent à un aspect radiologique gastritique	= 76 %
- 2	"	" " " normal	= 12 %
- 2	"	" " pathologique autre	= 12 %

(le premier est en rapport avec un ulcère, le deuxième avec une sténose et une image de niche d'allure cancéreuse (non confirmée par la gastro-biopsie)).

Tous ces chiffres nous permettent de faire quelques constatations :

1) Comme le dit dans sa thèse THUAU, élève de CH. DEBRAY, " il n'y a pas de corrélations étroites entre les divers aspects radiologi-

ques et histologiques". Ainsi, un même aspect radiologique pathologique peut correspondre à des lésions anatomiques d'intensité différente; un aspect radiologique normal n'implique pas forcément l'intégrité de la muqueuse.

2/ Toutefois, on remarquera que plus l'intensité lésionnelle est grande, plus les images d'aspect gastritique se retrouvent, et que, inversement, plus cette intensité est faible, plus les images radiologiques se rapprochent de la normale.

- III -

Nous n'envisagerons dans cette confrontation anatomo-biologique que les rapports existant entre les modifications histologiques et les modifications du tubage gastrique.

En France, LAMBLING et son école ont consacré d'importants travaux à ce moyen d'exploration. Dans son Mémoire de 1950, son élève TARANTO insiste sur l'hypochlorhydrie de la gastrite éthylique.

VILLARET, JUSTIN BESANCON et KLOTZ se sont également penché sur cette technique; rapportant 50 cas de gastrites alcooliques, ils avaient déjà constaté 33 fois une achlorhydrie et 12 fois une hypochlorhydrie très marquée.

Aux Etats-Unis, MINOT, STRAUSS et COBB, sur 43 cas semblables observent 21 anachlorhydries absolues et 15 hypochlorhydries nettes; PERKINS, sur 42 observations en compte 31 avec anachlorhydrie et 8 avec hypochlorhydrie; JOFFE et JOLLIFFE enfin trouvent une anachlorhydrie dans 50% et une hypochlorhydrie dans 33% des cas.

Pour nous, nos observations ne concernent malheureusement que 6 malades. Un chiffre si faible ne nous permet naturellement

pas de porter de conclusions, et nous nous en excusons. Nous nous contenterons simplement d'exposer ce que nous avons constaté. Sur ces 6 observations, qui toutes étaient accompagnées d'hypochlorhydrie et la moitié d'une raréfaction des cellules bordantes, nous avons trouvé :

- 3 cas correspondant à des lésions anatomiques de faible intensité,
- 3 cas, dont l'un concernant un gastrectomisé, correspondant à des lésions anatomiques d'intensité moyenne.

- IV -

CONFRONTATION ANATOMO-GASTROSCOPIQUE

Les relations existant entre l'état gastrosopique et l'état anatomique des gastrites semblent partager les avis.

Pour SCHINDLER, auquel on doit une si remarquable étude anatomo-pathologique des gastrites, les corrélations sont étroites : en général, les gastrites endoscopiques présentent une traduction histologique.

BENEDICT et MALLORY expriment une opinion voisine : une gastroscopie normale est rarement contredite par l'histologie.

Mais récemment, WOOD et DOIG en Australie, Ch. DEBRAY, R. LAUMONIER et P. HOUSSET, en France, ont montré que la superposition anatomo-pathologique n'était pas si rigoureuse, hormis peut-être les cas de gastrites atrophiques et congestives.

THUAU, dans sa thèse, se range à cet avis.

Quant à nous, il semble bien que nos observations viennent également le confirmer .

Voici, en effet, ce que nous avons noté sur 62 observations gastrosopiques auxquelles correspondent 62 observations

histologiques :

A/ Désaccord entre gastroscopie et biopsie :

Nous avons réuni 18 cas de ce genre, ce qui fait une proportion de 28 %. Ce pourcentage, quoique un peu plus fort, est assez voisin de celui indiqué par CH. DEBRAY, R. LAUMONIER et P. HOUSSET (22%).

1/ - Dans 11 cas (17 %), la gastroscopie révélait une gastrite qui ne se retrouvait pas sur les coupes. Ch. DEBRAY et collaborateurs trouvent la même proportion.

2/ - Dans 7 cas (11%), la gastroscopie était normale, alors qu'il existait une gastrite histologique. Cette proportion est sensiblement plus forte que celle de Ch. DEBRAY et collaborateurs (5%).

B/ Accord entre gastroscopie et biopsie :

Nous avons groupé 44 observations de cette sorte, ce qui correspond à un pourcentage de 72 %. Ces chiffres, quoique un peu plus faibles, sont voisins de ceux trouvés par Ch. DEBRAY et collaborateurs (78%).

1/ - Dans 3 cas, gastroscopies et biopsies étaient normales (5%).

2/ - Dans 7 cas de gastrites atrophiques (12%), la concordance était nette. Ch. DEBRAY et collaborateurs trouvent 15%.

3/ - Dans 5 cas où existaient des phénomènes vasomoteurs importants du chorion, l'endoscope révélait un aspect congestif (8 %). Ch. DEBRAY et collaborateurs indiquent 7 %.

4/ - Dans 4 cas (6 %) où l'histologie révélait une gastrite interstitielle, on a noté deux aspects de gastrite érythémateuse, une muqueuse gastrique pâle, et une gastrite hypertrophique mamelonnée. Ainsi, l'aspect endoscopique est variable. C'est

aussi l'avis de Ch. DEBRAY et collaborateurs, dont la statistique porte sur des cas plus nombreux (29 sur 49).

5/ - Deux fois (3%) l'anatomie pathologique a indiqué une gastrite épithéliale ; l'une s'est révélée en gastroscopie sous forme de gastrite érythémateuse, l'autre sous forme de gastrite hypertrophique mamelonnée. Ch. DEBRAY et collaborateurs ne rapportent dans leur statistique qu'un cas de gastrite épithéliale qui correspondait à une gastrite atrophique légère, avec gastrite mamelonnée de la région sous-cardiale.

6/ - Enfin, dans 23 cas (38%), les lésions étaient plus complexes, entraînant une participation à la fois interstitielle et épithéliale

- 14 fois l'aspect gastroscopique était celui d'une gastrite érythémateuse
- 7 fois celui d'une gastrite hypertrophique mamelonnée.
- 2 fois celui d'un estomac vasculaire.

Ch. DEBRAY et collaborateurs ne rapportent que 3 observations de gastrites avec lésions mixtes. Ils déclarent que l'aspect gastroscopique était celui d'une gastrite érythémateuse et ulcéreuse.

Tous ces faits nous permettent de souscrire aux conclusions de Ch; DEBRAY, R. LAUMONIER et P. HOUSSET.

1) Il n'y a pas de désaccords profonds entre gastroscopie et biopsie. Toutefois :

- il est des cas où l'histologie ne révèle pas de lésions alors que la gastroscopie en fait voir. C'est probablement que la biopsie a porté sur un territoire peu modifié au voisinage d'une muqueuse gastritique.

- il est des cas où, à l'inverse, l'histologie fait découvrir

- C O N C L U S I O N S -

- 1° - Notre étude de la muqueuse gastrique des alcooliques est basée avant tout sur les données de la gastro-biopsie. Elle porte sur 88 observations de malades, recueillies dans les services du Professeur Ch. DEBRAY (Hopital Bichat) et du Professeur SENEQUE (Hôpital Vaugirard).
- tous ces malades sont des éthyliques certains, reconnus soit du fait d'aveux d'intempérance, soit du fait de la constatation chez eux de tout un ensemble de symptômes ne laissant aucun doute sur l'étiologie de leurs troubles. Certains d'entre eux sont en outre des tabagiques.
 - près de la moitié sont âgés de quarante à cinquante ans.
 - la plupart sont des hommes (82%).
 - parmi ces éthyliques, on compte :
 - 60 % d'ouvriers, travailleurs manuels
 - 27 % d'employés, travailleurs non manuels
 - 5 % de barman ou assimilés.
- 2° - Du point de vue clinique nous avons noté :
- | | |
|---------------------------------------|--------|
| - syndrômes hypersthéniques | = 26 % |
| - " hyposthéniques | = 17 % |
| - " de caractère ulcéreux | = 19 % |
| - cas sans troubles digestifs | = 18 % |
| - manifestations hépatiques associées | = 33 % |
| - Polynévrites | = 17 % |

En outre, les hémorragies digestives sont fréquentes

40 %). Certaines d'entre elles seulement sont expliquées par une érythrose concomitante.

2° - Du point de vue radiologique, nous avons rencontré :

- Aspects gastritiques = 59 %
- Aspects radiologiques normaux = 34 %
- Aspects pathologiques autres = 17 %

- Du point de vue biologique, le petit nombre de tubages gastriques que nous avons réunis a toujours montré une baisse de la chlorhydrie normale.

3° - Du point de vue gastroscopique, nous avons observé :

- Aspects gastritiques ou antritiques = 77 %
- Aspects gastroscopiques normaux = 15 %

Le type de gastrite le plus souvent retrouvé est la gastrite érythémateuse (51 % des cas de gastrite).

6° - Toutes nos gastro-biopsies ont été faites à l'aide de l'appareil à "aspiration-section" de Ch. DEBRAY et P. HOUSSET. Leur étude histologique a permis de classer nos observations en 3 catégories suivant l'intensité lésionnelle anatomique de la muqueuse gastrique :

- Lésions minimales ou nulles = 26 %
- Lésions moyennes = 43 %
- Lésions de grande intensité = 31 %

Nous avons constaté que le maximum de ces lésions se situe à la partie profonde de la muqueuse. On y voit apparaître une desquamation épithéliale rappelant celle des tubes contournés du rein atteint de néphrite épithéliale, ainsi qu'une endothélite. Par contre, les réactions inflammatoires profondes sont assez discrètes.

tes. Il semble que c'est à partir de ces modifications initiales que se réalise une sclérose chorionique correspondant aux stades évolués. Toutes ces modifications histologiques n'ont pas un caractère spécifique ; elles présentent en particulier des analogies avec celles observées dans certaines gastrites de carence.

7° - Les confrontations entre la clinique et les gastro-biopsies montrent que les divers signes fonctionnels s'accompagnent de lésions histologiques d'intensité variable ; cependant, les dyspepsies hyposthéniques semblent correspondre plus volontiers à des lésions d'intensité moyennes. Par ailleurs, certains alcooliques ne se plaignant pas de l'estomac présentent cependant une atteinte histologique indiscutable de leur muqueuse gastrique, dans ce cas, fait curieux, les lésions ^{intenses} sont plus fréquentes que les minimales. A l'inverse, certains sujets qui souffrent ont une muqueuse histologiquement normale. Enfin, les alcooliques atteints de polynévrite ont des altérations muqueuses gastriques très variables : légères moyennes ou intenses ; celles présentant une cirrhose ou une autre manifestation hépatique ont une atteinte muqueuse d'intensité moyenne dans plus de la moitié des cas (près de 2/3 pour les cirrhoses) ; celles qui ont eu une hémorragie digestive présentant des lésions muqueuses d'intensité moyenne dans près de 50 % des cas.

8° - Les confrontations anatomo-radiologiques montrent que bien qu'il n'y ait pas de corrélations étroites entre les divers aspects radiologiques et histologiques, il apparaît que plus l'intensité des lésions anatomiques est grande, plus les images d'aspect gastritique se retrouvent.

9° - Du point de vue anatomo-biologique, l'hypochlorhydrie constatée au tubage gastrique semble aller de pair avec une rarefaction des cellules bordantes.

10° - Du point de vue anatomo-gastrosopique enfin, dans 72 % des cas il y a un accord entre gastroscopie et biopsie, la meilleure concordance étant réalisée dans les ^{gastrites} atrophiques et congestives. Dans 28 % des cas, l'accord n'existe pas.

- : - : - : - : - : - : - : - : - : -

Vu, le Président de Thèse :

Professeur Ch. DEBRAY

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris :

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

- B I B L I O G R A P H I E -

ALESSANDRINI P. - Le Gastriti croniche (Vallechi éd. Florence 1939)

BENEDICT E.B. - Corrélations radio-anatomiques dans les maladies de l'estomac (AM J. of Roentg. 1946).

BENEDICT E.B. & MALLORY - Corrélations gastroscopiques anatomiques (Surg. Gynec. et Obst. 1943, 76; P. 129).

BERRY L.H. - Chronic alcoholic gastritis evaluation on concept with gastroscopic studies in 100 cases (J.A.M.A. Déc. 1941).

BJARNE DAHL - Etude anatomo-pathologique et clinique de la gastrite aigüe et chronique (Arch. Mal. App. Dig. T XX n° 7, 7/1930).

BOKUS. Gastro-enterology (Sanders Ed. 1949)

BOURDON R. BRULE, CHENE, POIRIER. - Sur les gastrites (Gaz. Méd. Fr. 1951, n° 19).

CATTAN R. Les gastrites (Traité de Méd. Masson Ed. 1948).

CHINE P. EYROLLE A. & SCHLUMBERGER J. Les brûlures d'estomac : séméiologie, étiologie, traitement (Gaz. Méd. Fr. 58, 11, p. 705-748, 1951).

CHIRAY M. Gastrites et dyspepsies gastriques (Gas. Méd. Fr. 1951, n° 19).

DEBRAY CH, HOUSSET P. et d'AUTRAY-TARTE. Sur la biopsie de la muqueuse gastrique ; présentation d'un appareil (Arch. Mal. App. Dig. T 41, n° 9-10, Sept-Oct 1952 p. 916-922).

DEBRAY CH. HOUSSET P. & d'AUTRAY-TARTE. La biopsie de la muqueuse gastrique (Sem. Hop. Paris n° 40 p. 2009, 20/6/53).

DEBRAY CH. LAUMONIER R. & HOUSSET P. Confrontation des données gastroscopiques et des biopsies muqueuses gastriques dans les gastrites (Arch. Mal. App. Dig. T. 41, n° 9-10, Sept-Oct. 1952, p. 922-937).

DEBRAY CH. LAUMONIER R. & HOUSSET P. Biopsie par "aspiration-section" de la muqueuse gastrique et aspect gastroscopiques (Sem. Hop. Paris 1953, n° 40, p. 2018)

DEBRAY CH & HOUSSET P. L'estomac des alcooliques (Rev. Prat. 11 Déc. 1953, 3 , n° 32, p. 2393-2400).

DOIG B.K. & WOOD J.J. Etude de 112 cas de gastrites diagnostiquées par la biopsie gastrique (Méd. Journ. of Australia 39, I, 18, p. 593-610; 1952).

DUPUY R. & CORNET A. Confrontation de la radiologie et de la gastroscopie en pathologie gastrique (avec la collaboration de MOUTIER F., GUTMANN R.A., CH. DEBRAY, HOUSSETP., NEMOURS-AUGUSTE? BERTHET in "L'Estomac" - Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, 1953, Masson éd. p. 219-261).

DUVAL P., ROUX J.C., BECLERE H. & MOUTIER F. Les plis de la muqueuse gastrique. Etude comparative de leur expression radiologique, des aspects macroscopiques, et des lésions histologiques (IIIème Congrès Int. Radio Paris 1931).

FABER K. Gastritis and its consequences (Oxford medical publ. ed, 1953).

FELCI L. Les gastrites (XVII ème Congrès Nation. de Radio Méd. 1952 Bologne).

GARDELLA G. & SANGUINICO G. Les gastrites (L. Capella Ed. Bologne 1952).

GLONE M. Aspects cliniques et gastroscopiques des gastrites (Radio logy, 1952, vol. 59, p. 358).

GORDON SEARS W. ALCOOL, abus de régime et dyspepsie. (Practitioner, Janv. 1953, 170, n° 1015, p. 43-50).

GOUNELLE H. & BACHET M. L'alcoolisme (Traité de Méd. IV, 637, Masson éd. Paris 1948).

GRAY S. & SCHINDLER R. Mucosa of chronic alcoholic addicts gastroscopic studies (J.A.M.A. Sept. 1941).

GRAY S. Epigastric symptoms in alcoholic without gastritis (gastro enterology - Fev. 1943).

GUINARD. Contribution à l'étude des modifications gastriques chez l'alcoolique (thèse Paris 1948).

GUTMANN R.A. Les syndrômes douloureux de la région épigastrique (Doin, 5è Ed. 1952).

HILJEAND B. Les maladies de l'estomac, de l'oesophage et du duodénum (Flammarion Ed. 1950).

INGERSOLL C.F. Evolution des gastrites chroniques (Radiology 1952 Vol. 59, p. 349).

ISEISTER J. Action des excès alcooliques prolongés (Méd.J. Austral 6 Mars 1954, 41, n° 10, p. 360-363, 8 fig.).

- JACQUELIN C. Signes initiaux de l'alcoolisme digestif. (Gaz. Méd. Fr.; Juil. 1945, n° 14, p. 273-277).
- JACQUELIN, CHENE & POIRIER. Gastrite ou dyspepsie éthylique (Gaz. Méd. fr. n° 23, 15 Déc. 1932).
- JOFFE & JOLIFFE. L'Acidité gastrique chez les alcooliques (J.A.M.A 1937, p. 801).
- KLOTZ P. La Polynévrite alcoolique. Etude pathogénique et thérapeutique (Thèse Paris 1937).
- LAMBLING A. Dyspepsies et gastrites ; considérations physiopathologiques et cliniques. 'Acquis. Méd. Réc. 1949).
- LAMBLING A. GOSSET J.R. & BERNIER J.J. Le diagnostic biologique de la gastrite (Arch. mal. App. Dig. 1953, n° 7-8, p. 885-904).
- LAMBLING A. & VELTI E. Le tubage gastrique ; technique et interprétation des résultats (Arch. Mal. App. Dig. Mars 1947).
- LAMBLING A. & DEBRAY CH. Diagnostic biologique endoscopique et histologique des gastrites (Avec la collaboration de GOSSET J.R., BERNIER J.J., LAUMONIER R., HOUSSET P., ALBOT G., & BERTHET G. in "L'Estomac". Actualités hépato-gastro-entérologique de l'Hôtel-Dieu. 1953, Masson Ed. p. 126-173).
- LE BRETON E. & SIMONIN C. Intoxication alcoolique aiguë (E.M.C. "Intoxications", 16055, Masson Ed. Paris 1937).
- LESPINAT L. Contribution à l'étude clinique et nosologique de la gastrite éthylique (Thèse Paris 1935).
- MAURIAC, SARIC & CUZACQ. Polynévrite alcoolique. Ses rapports avec l'état fonctionnel du tube digestif - (Paris Méd. 7-14 Sept. 2 nov. 1940, n° 36-37 p. 409-415).
- MOUTIER F. Les gastrites sous le contrôle de la gastroscopie (Presse Méd. nov. 1933).
- MOUTIER F. Les gastrites (E.M.C. 1937).
- MOUTIER F. Anatomie pathologique des gastrites (Rapport du premier Congrès Int. de Gastro-Entérol. Bruxelles 1935).
- MOUTIER F. Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac (Masson Ed. 1935).
- MOUTIER F. & CORNET A. Signification des gastrites atrophiques (Monde Méd. nov-déc. 1952).
- MOUTIER F. & CORNET A. Les gastrites (Masson Ed. Paris 1955, 404 pages, bibliographie).

- MOTTEUM - BIOPSIES de la gastrite chronique et de l'atrophie gastrique (Journ. of pathology and Bact. Edimbourg 1951, p. 389).
- NAURATIL L. et WENGER R. Alcoolisme et ulcère de l'estomac (Munch. Med. Wschr. 4 Nov. 1955, 97, N° 44 p. 1457-1459).
- PALMER E.D. - Gastric mucosal biopsy findings correlated with gastroscopies diagnosis. Preliminary report based on 50 patients (Am. J. of Méd. Sc. 1950, 219, p. 648-650).
- RAMOND, JACQUELIN & HIRCHBERGER . A propos des lésions de l'épithélium au cours de la gastrite chronique (Soc. Méd. Hop. 6/1/25).
- RAMOND & JACQUELIN. A propos des lésions interstitielles de la gastrite chronique (Soc. Méd. Hop. 16 janvier 1925).
- ROSS et collaborateurs . Les gastrites et séquelles (Gastro-Entérology - 1952, vol, 2 2).
- SCHALLENBERGER P. L. DEWAN C. WEED C.E. and REGANIS J.C. Gastros-copic biopsy ; correlation of clinical findings and tissue biopsy of the stomach (Rev. Gastroenterology, 1951, XVIII, p. 348-365).
- SCHINDLER R. Gastritis (Grune a. Stratton, Ed. New-York, 1947, 462 p)
- SCHINDLER and ORTLAYER M. Histopathology of chronic gastritis (Am. J. of Dig. Dis. and Nutrition, 1942, IX, 411).
- SWALE W.A. and MORRISON L.M. Gastros-copic and histology studies on the stomach with gastric and extragastric disease during life and autopsy (Am. J. of Gig. Dis. and Nutrition, 1941, 8, 391).
- TARANTO L. La gastrite alcoolique. Contribution à l'étude clinique radiologique, gastroscopique et du tubage. (Mém. pour le titre d'ass. étr. Paris 1950).
- THOHARI & BABES. Modifications histo-physiologiques de la muqueuse gastrique sous l'influence de l'alcool. (C.R. Hebd. des séances et mém. de la Soc. de Biol. 16. 2. 1901, p. 185
- THUAU F. Les antrites sans ulcère sous le contrôle de la biopsie (thèse Paris 1954).
- VAUGHAM, GUNTER & ERWIN. Corrélations gastro-radio-anatomiques d'a près 41 cas (Radiology, 1951, n° 6, p. 813).
- VIDAL-COLOMER E. GASTRITIS (Paz Montalvo, Edit. Madrid, 1951).
- VILLARET, J. BESANCON & KLOTZ. Le foie dans la polynévrite alcoolique (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hop. Paris Séance du 3.7.36

VII LARET M. BESANCON J. KLOTZ P. Rôle du déséquilibre alimentaire en vitamine B1 dans certaines manifestations de l'alcoolisme autres que la polynévrite. (B.M. Soc. Méd. Hop. Paris 3.1.40, 55, n° 27, p. 1332-1336).

VILLARET M., MOUTIER F., BESANCON J. & KLOTZ P. Caractère spécial
des troubles gastriques au cours de la polynévrite
éthylique (B.M. Soc. Méd. Hop. Paris, Séance du
3/7/36).

VILLARET M., MOUTIER F., BESANCON J. & KLOTZ P. Le problème patho-
génique de la polynévrite alcoolique (B.M. Soc.
Méd. Hop. Séance du 3.7.36).

WIEBENGA A.H. and VAN LIMPT P.M. Gastrobiopsy. A preliminary report (III^e Congrès Europ. de gastro-entérologie, Madrid, mai 1950)

WIEBENGA A.H., JANSSEN C.A.L. & VERDONK J. La gastrobiopsie (Ier
Congres Int. de Med. Int. Paris, Sept. 1950, in
Sem. Hop. de Paris, 1951, XXVII, p. 2032-2033).

WIEBENGA A.H. Gastroscoopie et gastrobiopsie (I vol. Haarlem. De Erven F. Bohn N.V. éd. 1951, 150 pages, 30 fig. biblio.).

WOOD I.J. DOIG R.K. MOTTERAM R, and HUGUES A. Gastric biopsy ;
a report on fifty-five biopsies using a new flexible gastric biopsy tube (Lancet, 1949, 256, 18).

WOOD I.J. DOIG R.K. MOTTERAM R. WEIDEN S. AND MOORE A.
The relationship between the secretions of the gas-
tric mucosa and its morphology as shown by biopsy
specimens. (Gastro-enterology, 1949, XII, p.
949-958).

[illegible]

TABLE des MATIERES

	<u>Pages</u>
Introduction	I
Ch. I - MATERIEL D'ETUDE	1
Ch. II- LA GASTRO-BIOPSIE	19
Ch. III-CLASSIFICATION DES COUPES OBTENUES PAR LA LA GASTRO-BIOPSIE.....	31
Ch. IV - RESULTATS DES GASTRO-BIOPSIES	66
- Analyse des différentes lésions histo- logiques de la muqueuse gastrique des alcooliques.....	66
- Ces lésions sont-elles spécifiques ou non de l'alcoolisme	74
- ESSAI D'Interprétation d'histogénèse des lésions observées au niveau de la muqueuse gastrique chez les éthyliques...	75
- Iconographie	77
Ch. V - COMMENTAIRES	82
- Confrontation anatomo-clinique	82
- Confrontation anatomo-radiologique.....	87
- Confrontation anatomo-biologique.....	90
- Confrontation anatomo-gastrosopique	91
CONCLUSIONS	95
BIBLIOGRAPHIE	99

